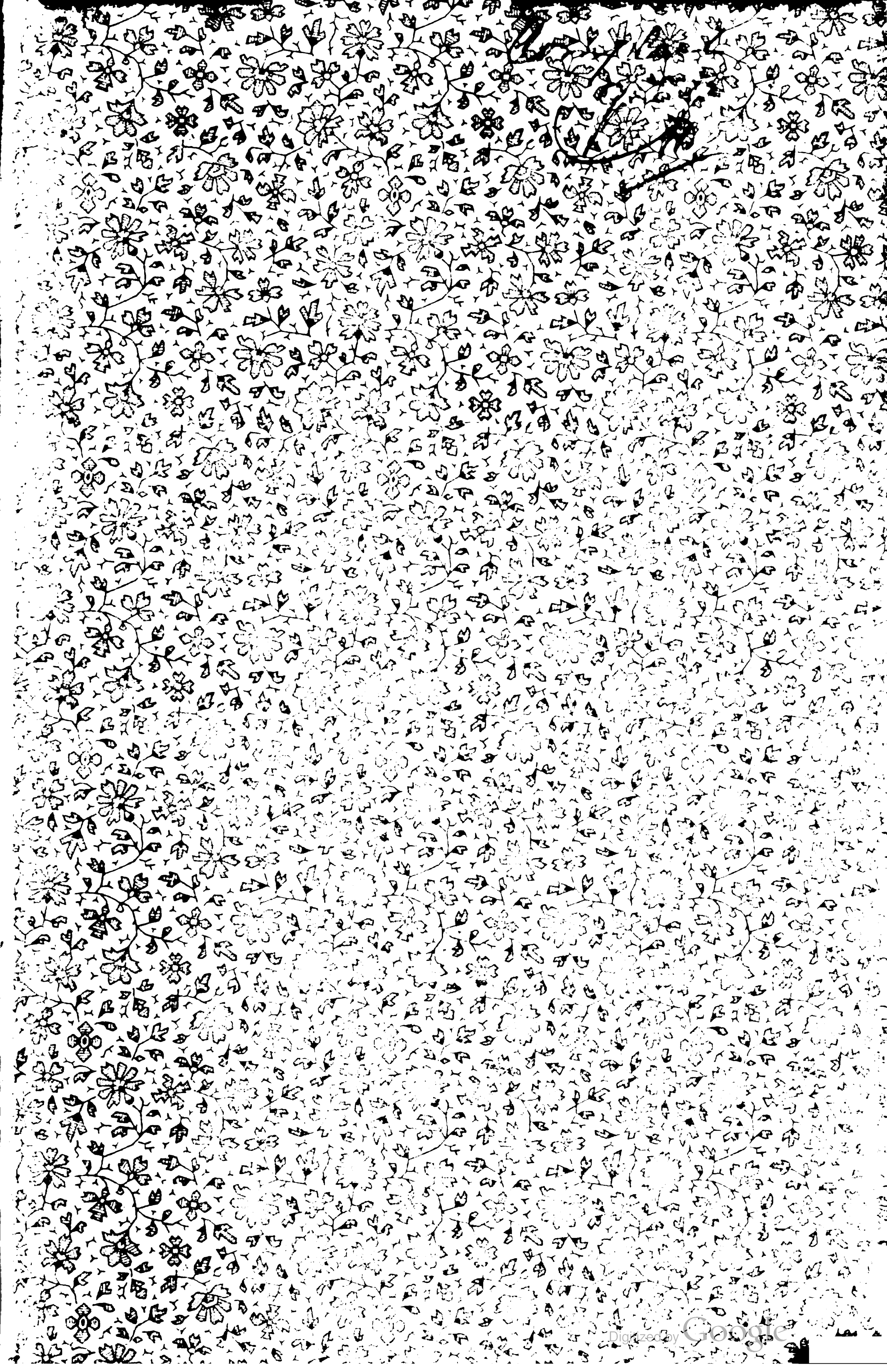


Nederlandsch tijdschrift voor verloskunde en gynaecologie

Nederlandsche Gynaecologische Vereeniging, Société royale belge de gynécologie et d'obstétrique



Nederlandsch Tijdschrift

voor

Verloskunde en Gynaecologie.

uitgegeven van wege

de „Nederlandsche Gynaecologische Vereeniging".

onder redactie van

Prof. Dr. HECTOR TREUB, Prof. Dr. G. C. NIJHOFF

en

Prof. Dr. B. J. KOUWER.

DERTIENDE JAARGANG.

HAARLEM.
DE ERVEN F. BOHN.
1902.

INHOUD.

—

DE VERLOSKUNDIGE KLINIEK EN POLIKLINIEK DER RIJKS-UNIVERSITEIT TE UTRECHT,
in de jaren 1899 en 1900.

DOOR

Prof. B. J. KOUWER

EN

Dr. A. W. AUSEMS,
assistent voor de polikliniek.

(Vervolg van blz. 238—327 van den vorigen jaargang.)

Verslag der verloskundige polikliniek.

De verloskundige Polikliniek aan de Utrechtsche Universiteit is als volgt ingericht:

Eenmaal per week is er op een vastgesteld uur voor gehuwde zwangere vrouwen gelegenheid, zich in het register der Polikliniek te laten inschrijven tot het verkrijgen van wat zij noemen: „een vrijen meester". Ongehuwde vrouwen worden in de stad niet geholpen, maar worden ongeveer drie weken vóór haar bevalling in de kliniek opgenomen.

Als „vrije meesters" fungeerden tot October 1899 telkens gedurende een maand drie med. doctorandi, theor.-artsen of semi-artsen; zoo noodig konden ook candidaten, die het doct. I of theor. geneesk. I hebben afgelegd, toegelaten worden tot het bijwonen van partus; voor allen echter is het een vereischte, dat men onder leiding van den klinischen assistent bij eenige partus in de kliniek is tegenwoordig geweest.

Met ingang van 1 Sept. 1899 onderging de verloskundige Polikliniek een aanmerkelijke uitbreiding, daar toen een dichtbevolkt gedeelte der stad, waar tot dusverre geen verloskundige hulp werd verleend, in den kring der poliklinische werkzaamheid werd opgenomen.

Nog later is de regeling in dier voege veranderd, dat gedurende twee maanden zes candidaten met den verloskundigen dienst belast werden. Het getal verlossingen, waarbij één candidaat hulp verleent, wisselt van 25 tot 50; velen bereiken zelfs een nog hooger cijfer.

De bevoegdheid van den practicant strekt zich natuurlijk niet

ver uit. Hij assisteert alleen bij normale partus en heeft het recht in alle gevallen, waar hij in twijfel verkeert over diagnose of prognose, zich te laten voorlichten door een der beide buitengewone practicanten: semi-artsen, die hun „gewone" verlossingen reeds hebben verricht. Hij is verplicht de hulp van deze seniores in te roepen bij alle mogelijke pathologische gevallen, als dwarsligging, voorliggende of uitgezakte kleine deelen of navelstreng, weeënzwakte, bloedingen, adhaesie of retentie van de placenta, enz. alsmede bij voorhoofds-, aangezicht-, voet- of stuitliggingen.

De twee buitengewone practicanten ontleenen hun bestaan aan den eisch der wet van twee buitengewone verlossingen te hebben verricht, wil men tot het practisch arts-examen worden toegelaten. Zij blijven derhalve in functie, totdat zij aan dien eisch voldaan hebben, doch meestal langer naar gelang de omstandigheden het toelaten.

Hun bevoegdheid tot zelfstandig optreden is ook alweer niet groot. Zij stellen of bevestigen een diagnose, exprimeeren de placenta, indien dit den gewonen practicant niet gelukte; doch ontbieden, zoo zij meenen, dat kunsthulp moet verleend worden, den poliklinischen assistent. Onder diens leiding of onder leiding van den hoogleeraar, die zoo mogelijk van elk buitengewoon geval in kennis wordt gesteld, verrichten ze de eventueele extractie, versie of tangverlossing, zoo deze niet te moeilijk wordt geoordeeld. Ook kunnen zij ontboden worden door vroedvrouwen, in de stad gevestigd. Deze kunnen namelijk gratis gebruik maken van de verloskundige hulp der Polikliniek; zij waarschuwen bij voorkomende gevallen een der buitengewone practicanten, die de indicatie stelt tot de vereischte kunsthulp en onder leiding van Hoogleeraar of assistent deze hulp verleent. Zoo werd in het besproken tijdvak 84 maal assistentie verleend aan vroedvrouwen. Versie, forcipale extractie en manueele verwijdering der placenta geschieden sedert Sept. 1899 principieel steeds in narcose: vóór dien tijd op enkele uitzonderingen na. De narcose wordt met chloral-chloroform tot stand gebracht, bij voorkeur uit de fabriek van Schering. Geen enkele maal gaf deze tot dusverre tot gevaarlijke gebeurtenissen aanleiding. Groote voorzichtigheid blijft echter aanbevolen; een kleine kamer, gevuld met verscheidene menschen en slecht verlicht door een gaspit of olielamp maken de narcose gevaarlijk. Voor behoorlijke ventilatie der kamer, vóórdat de narcose begint, moet altijd zorg gedragen worden, om de bekende gevaarlijke verbinding van chloroform en gasverbrandingsproducten te vermijden. Maar al te dikwijls wordt dit over het hoofd gezien. Narcose bij een verlossing geldt voor velen, ten onrechte, als volkomen ongevaarlijk!

Tenzij haar belang overbrenging naar de kliniek vereischt, wordt

de kunstmatige partus bij de patiënte thuis getermineerd; de aanstaande practische medicus leere zich te behelpen met beperkte middelen en onder ongunstige omstandigheden; later, in de plattelandspraxis, zijn die omstandigheden vaak nog ongunstiger!

Blijkt uit de inrichting der polikliniek, dat de aanstaande arts volop gelegenheid heeft zich in de practische verloskunde te bekwamen, met betrekking tot de patiënten kleven aan die inrichting eenige bezwaren.

Zoo is het aantal poliklinische verslagen, waarop men leest: „kind bij aankomst van practicant reeds geboren" vrij groot. De oorzaak daarvan ligt deels in het feit, dat vaak de practicant ver af woont of soms reeds bij een andere bevalling zijn assistentie verleent; is dan, zooals dikwijls gebeurt, om dezelfde redenen de volgende practicant ook niet terstond disponibel, dan kan het voorkomen, dat er geruime tijd verloopt, voordat de kraamvrouw hulp krijgt, en het kind komt intusschen ter wereld.

In vele andere gevallen hebben de kraamvrouwen, met name multiparae, zelf schuld, doordien ze zich vergissen in haar opgave omtrent het vermoedelijke tijdstip der bevalling, tengevolge waarvan zij een practicant ontbieden, wiens maand nog niet gekomen of reeds voorbij is, en die haar dus naar een ander verwijst. Met primiparae gebeurt dit niet zoo licht, daar deze bij haar inschrijving steeds worden onderzocht, een voorzorgsmaatregel, die behalve den vermoedelijken tijd der bevalling, menig vernauwd bekken of andere afwijking aan het licht brengt.

Een ander nadeel is, dat de zaak over zooveel schijven loopt; zoodat het voorkomt, dat bij een angstigen gewonen en een onnauwkeurigen buitengewonen practicant er bij een kraamvrouw een „va et vient" van verloskundigen is, voldoende om de geheele buurt zenuwachtig te maken. De vrouw heet dan door drie, misschien vier meesters verlost, maar het kind is zeer gemakkelijk in achterhoofdsligging spontaan geboren! Intusschen, beide partijen zijn met de bestaande toestanden tevreden; de eventueele bezwaren wegen voor de kraamvrouw op tegen het kostelooze van de hulp en tegen de ondersteuning in natura, die vanwege de „Studenten-vereeniging tot ondersteuning van behoeftige gehuwde kraamvrouwen" gedurende het kraambed verstrekt wordt.

Niet tevreden zijn de vroedvrouwen, in de gemeente gevestigd. Deze lijden sedert de oprichting der polikliniek jaarlijks een aanmerkelijke schade. Eenigzins wordt aan die schade tegemoet gekomen, doordien de vroedvrouwen voor elken partus, waarvoor zij assistentie verzoeken, *f* 4 ontvangen; eene vergoeding, die veel te gering is, maar door de beperkte geldmiddelen der kliniek niet grooter kan zijn.

Welke gelegenheid tot practische oefening hierdoor den meergevorderden student wordt aangeboden, kan uit een paar voorbeelden blijken, die geheel willekeurig uit de daarvan bestaande aanteekeningen genomen zijn. Zoo lees ik, dat de heer X., semi-arts, in 24 dagen tijds 2 maal zijn hulp verleende bij placenta praevia lateralis, 2 maal bij abortus, 1 maal bij een partus arte praematurus, 1 maal versie en extractie en 1 maal forcipale extractie verrichtte, behalve eenige kleinere verloskundige manipulaties. Een ander was in de gelegenheid in een dag of tien tijds 2 maal een forcipale extractie te verrichten, 1 maal een extractie bij stuitligging, 1 maal de baring te observeeren bij vernauwd bekken na repositie van een uitgezakt handje bij hoofdligging en verder ettelijke kleinigheden. Nog een ander verleende 3 maal zijn hulp bij stuitligging, 2 maal bij dwarsligging, waarvan 1 bij vernauwd bekken, verrichtte een forcipale extractie, nam 2 gevallen van tweelinggeboorte waar, enz. Zooals men ziet, bestaat er dus voor elken semi-arts, behalve de kunstmatige verlossingen, die hij bij tijd en wijle kan bijwonen, nog voldoende gelegenheid eigenhandig eenige kunstbewerkingen te verrichten.

Sedert Februari 1899 (waarin prof. Kouwer zijn ambt aanvaardde) tot 1 Januari 1900 werd hulp verleend bij 660 verlossingen, van 1 Januari 1900 tot 31 December 1900 bij 972. Het verslag heeft dus betrekking op **1632** verlossingen, waaronder begrepen 84 vroedvrouw-consulten. Daarvan waren 180 I parae, 1452 M. parae.

Voor het jaar 1900 kan dit nog iets nauwkeuriger worden opgegeven: de multipariteit was nl. als volgt verdeeld: van 972 barenden waren:

I. p.	II p.	III p.	IV p.	V p.	VI p.	VII p.	VIII p.
110	145	137	106	82	70	77	73

IX p.	X p.	XI p.	XII p.	XIII p.	XIV p.	XV p.
48	35	27	26	9	16	6

XVI p.	XVII p.	XVIII p.
10	4	1

Ook wat den leeftijd der barenden betreft kan voor 1900 nog iets worden medegedeeld:

Aantal moeders	< 20 j.	20—25 j.	25—30 j.	30—35 j.
972	8	164	257	243

35—40 j.	40—45 j.	45—50 j.	> 50 j.	?
190	85	8	1	17

Deze 1632 moeders brachten 27 paren tweelingen ter wereld, dus 1659 kinderen; na aftrek van 11 ontijdige vruchten of abor-

tus) blijven dus 1648 kinderen over, waarvan minstens 15 onvoldragen waren (de verslagen van 1899 zijn waarschijnlijk niet geheel nauwkeurig in dit opzicht).

Van de 1648 kinderen werden doodgeboren .	68	
(waarvan gemacereerd	15)	
levend geboren	1580	
Spontaan geboren werden	1503	
na evolutio spontanea	1	
door kunsthulp	144	kinderen.

De positie der kinderen was de volgende:

Achterhoofdsligging	1276	maal.
Voorhoofdsligging.	1	„
Aangezichtsligging	7	„
Voet- of stuitligging.	54	„
Dwarsligging	23	„
Geen diagnose gesteld of opgeteekend.	271	„

Van 1247 achterhoofdsliggingen kan met zekerheid worden gezegd, dat 26 maal het achterhoofd over het perineum werd geboren. In 1899 gebeurde dit 13 maal, en wel altijd bij M. parae en geen enkele maal bij eene I para; voor 1900 is dat niet nagegaan.

In 1900 is bij 977 kinderen 23 maal een *kruinligging* waargenomen (groote fontanel in of vlak bij de bekkenas), en wel:

Achterhoofd links	2	
„ „ voor.	2	
„ „ achter	5	
„ rechts	1	
„ „ voor	2	
„ „ dwars	1	
„ „ achter	10	maal

dus 14 maal bij a. r.
9 „ „ a. l.

Hierbij werd met zekerheid 4 maal waargenomen, dat het achterhoofd over het perineum werd geboren.

Over de 725 achterhoofdsliggingen van het jaar 1900 geeft het volgende lijstje nog eenige opheldering:

a. l.	a. l. v.	a. l. a.	a. l. dw.	a. r.	a. r. v.	a. r. a.	a. r. dw.
20	365	15	69	18	174	32	32

Aangezichtsligging.

Deze werd *7 maal* waargenomen, ééns bij eene I p., 6 maal bij multiparae.

I. N°. 518 (1899) VII p. 31 j. De 3 tijdperken der baring duurden 14, 2 en $^3/_4$ uur. Zij verliep zonder groote moeite. Omtrent

het bekken der vrouw of de grootte van het kind, dat dood ter wereld kwam — een uur nadat bij volkomen ontsluiting de vliezen gebroken waren — vermeldt het verslag niets. Terwijl het hoofd in de vulva stond, werden geen harttonen meer gehoord; een oorzaak voor den dood kon niet worden gevonden.

II. N°. 602 (1899). 39-jarige X para. Bij ongeveer volkomen ontsluiting, staande vliezen en halve indaling werd gediagnostiseerd. K. a. l. dw. Na afloopen van het vruchtwater, dezelfde positie; doch plotseling tijdens een wee draait het hoofd in aangezichtsligging, kin r. v., in welke houding het hoofd na weinig tijds geboren werd. De 3 tijdperken duurden 8 uur, 50 min. en een 1/2 uur. Het kind was van middelmatige grootte; het cap. succed. zat op het linker frontale.

III. N°. 405 (1900) 28-jarige III para. De eerste partus geschiedde in narcose. Wat er gebeurd is, weet patiënte niet. De tweede maal bestond afgeweken hoofdligging, waarvoor in narcose manueele correctie werd verricht. De derde baring duurde ongeveer 4 dagen, vooraleer bij zoo goed als volkomen ontsluiting, het aangezicht beweeglijk in den bekkeningang werd gevonden bij staande vliezen. Uitwendig was het achterhoofd voelbaar boven den ingang. Rechts was zicht- en voelbaar de lordose van het kind. Harttonen en kleine deelen links. Daar het kind niet groot, het bekken niet vernauwd was, werd besloten geen poging te doen om de aangezichtsligging te veranderen in een gunstiger ligging. De vliezen werden gebroken en 3/4 uur later werd het kind spontaan geboren, nadat de kin, die oorspronkelijk iets naar achter stond, naar voren was gedraaid.

IV. N°. 620 (1900) 34-jarige IV para. De eerste baring geschiedde forcipaal, de tweede spontaan, de derde ontijdig. De vierde baring duurde reeds ongeveer 18 uren, toen het hoofd bij volkomen ontsluiting en staande vliezen nog steeds beweeglijk op den bekkeningang stond, in Aa. k. l. dw. Pogingen om door uitwendige handgrepen de deflexie van het kind op te heffen waren mislukt. Na het spontaan breken der vliezen echter daalde het hoofd snel in en werd in ongeveer 1 1/2 uur geboren, terwijl de kin gaandeweg naar voren was gedraaid. Een half uur vóór de geboorte waren de harttonen nog normaal bevonden, toch kwam het kind dood ter wereld. Een oorzaak hiervoor viel niet te ontdekken, tenzij misschien een enkelvoudige omstrengeling, die echter gemakkelijk opgeheven werd.

V. N°. 702 (1900) 31-jarige VIII para. De vorige partus waren alle spontaan. Ook deze baring, waarbij bestond Aa. k. l. a. verliep in weinige uren, nadat de kin eerst op 't allerlaatst naar voren draaide. Het kind was niet groot en had een bijzonder rond hoofd.

VI. N°. 768 (1900) 33-jarige VII para. Ook deze baring in aangezichtsligging, Aa. k. v., geschiedde vlug en kostte slechts weinige uren.

VII. N°. 288 (1900) 23-jarige III para. Bij patiënte, die twee abortus heeft gehad en dus eigenlijk als I para is te beschouwen, bestond Aa. k. l. v. De baring vertoonde niets ongewoons, totdat het caput op den bekkenbodem stond. Ondanks goede weeën stond het daar geruimen tijd, en noodzaakten de slechte harttonen tot forcipale extractie. Zie hierachter.

Van de 7 aangezichtsgeboorten verliepen er dus 6 spontaan, en vereischte 1 de tang.

Twee kinderen kwamen dood ter wereld zonder bekende oorzaak, de anderen levend.

Voet- of stuitligging,

Deze ligging kwam *54 maal* voor, nl. bij 12 I parae en bij 42 M. parae.

I. Bij N°. 2 (1899) 24-jarige I para, werd het 1e kind in hoofdligging rug r. geboren, waarna weeënzwakte bleef bestaan; zoodat het tweede kind, dat in *stuitligging rug l.* lag, ten slotte moest geëxtraheerd worden, daar de harttonen onduidelijk, langzaam en onregelmatig werden. Het kind kwam asphyctisch ter wereld, doch kon bijgebracht worden.

II. Bij N°. 215 (1899) 26-jarige I para, was het 1e kind na korten tijd geboren, A. a. l. v. Het 2e kind lag in *volkomen voetligging rug r.* De geboorte van dit kind (1 uur na het eerste) wordt door den practicant door lichte tractie ondersteund, een der beide armpjes afgehaald, 't hoofd ontwikkeld volgens Smellie—Veit. Beide kinderen levend. De extractie geschiedde zonder dringende indicatie.

III. Ook bij n°. 319 (1899), 29-jarige I para, geschiedde bij *volkomen stuitligging rug l.* de extractie van het levende kind zonder geldige indicatie.

IV. Bij N°. 638 (1899) 28-jarige I para, met *stuitligging rug r.* bestond in 't tweede tijdperk weeënzwakte (het IIe stadium duurde $5^3/_4$ uur) en werd de partus door expressie en extractie bespoedigd. Levend.

V. N°. 99 (1900) 32-jarige I para. *Stuitl. s. r. a.* Na een baring van ± 30 uur werd het kind spontaan geboren tot aan het hoofd, 't welk met Smellie—Veit's handgreep werd ontwikkeld. Het kind is asphyctisch doch komt spoedig bij. Ruptuur met 4 hechtingen gesloten.

VI. N°. 222 (1900) 22-jarige I para. *Stuitl. s. l. v.* Spontane geboorte tot aan den navel. Daar het kind zichtbare respiratie-bewegingen maakte, werd verder extractie verricht; 't caput volgens Smellie—Veit. Geen ruptuur. Kind levend.

VII. N°. 235 (1900) 19-jarige I para. Zonder eenige kunsthulp wordt het kind in *stuitl. s. l. v.* geboren. Een kleine ruptuur ontstaat daarbij. Kind levend.

VIII. N°. 435 (1900) 21-jarige I para. *Stuitl. s. l. v.* Nadat de stuit spontaan geboren is, wordt verder de extractie verricht, daar de uitdrijving op zich laat wachten. Levend.

IX. N°. 531 (1900) 23-jarige I para. Na een voorspoedige baring werd het kind in *stuitl. s. l. v.* tot aan den navel geboren, waarna de geboorte ondanks krachtige expressie niet verder ging. Zonder veel moeite werden hierop hoofd en armen ontwikkeld. Levend.

X. N°. 528 (1900) 29-jarige I para. Hier bestond *gemengde stuitl. s. l.* De uitdrijving geschiedde traag, derhalve werd expressie verricht en bleek het noodig armen en hoofd te ontwikkelen. Patiënte meende eerst een maand later te moeten bevallen, hetgeen met de maten van het kind (47 cM. lang) wel ongeveer overeen kwam. Levend.

XI. N°. 677 (1900) ?-jarige I para. Het kind bevond zich in *stuitl. s. l.* en daalde snel in tot voor de vulva. Het doorsnijden liet ondanks goede weeën op zich wachten; daarom werd expressie verricht en was het later noodig armen en hoofd te ontwikkelen, 't geen zonder moeite geschiedde ten koste van een onbeteekenende ruptuur. Levend.

XII. N°. 144 (1900) 25-jarige I para. De baring verliep voorspoedig, totdat het kind tot vóór de vulva was ingedaald. Toen echter werden de weeën zwak en de harttonen blijvend frequent (± 170). Daarom werd een voetje afgehaald — het kind bevond zich in *gemengde stuitl. r. v.* — en het kind lege artis geëxtraheerd, afgezien van een ruptura perinei completa, die onmiddellijk werd gehecht, maar niet voldoende genas, zoodat tusschen rectum en vagina een fistel bleef bestaan. In de kliniek is perineoplastiek verricht ongeveer 6 weken p. p. Levend.

XIII. N°. 146 (1899) 35-jarige III para. Gemelli, — 1e kind in *volkomen stuitl.*, 2e kind in *volkomen voetl.* Daar de uitdrijving van het eerste kind te langzaam ging werd deze ondersteund door ontwikkeling van armen en hoofd. Het tweede kind werd 20 min. na het 1e geëxtraheerd, zonder dat daarvoor andere indicatie bestond dan de lange duur van den partus. De kinderen waren voor tweelingen zeer groot; het eene woog 4.15 KG.. het andere 3.6 KG.

XV. N°. 201 (1899) 38-jarige XI para. De vroedvrouw ontbood

assistentie op grond van de diagnose: „zeer groot kind in *onvolkomen voetligging*". Toen de buitengewone practicant kwam, was het kind geboren tot aan het hoofd, dat reeds ongeveer een 1/2 uur in de vulva stond. De navelstreng klopte niet meer; volgens Smellie-Veit werd 't hoofd ontwikkeld onder gelijktijdigen druk op den fundus. Het kind was dood.

XVI. N°. 550 (1899), 34-jarige XIII para. *Volk. voetligging rug r.* Levend kind spontaan geboren.

XVII. N°. 657 (1899), 30-jarige X para. Snelle spontane geboorte van een levend kind in *stuitligging rug l.*

XVIII. N°. 91 (1899), VI para. Extractie, zonder indicatie, van een foetus maceratus in *stuitligging*.

XIX. N°. 617 (1899), 36-jarige VI para. Extractie bij *volkomen voetligging*, na kunstmatig breken der vliezen. De extractie geschiedde zonder indicatie; zij was zeer moeilijk wat betreft het ontwikkelen van armen (r. arm werd gefractureerd) en hoofd, daar het onderste uterussegment zich sterk er omheen snoerde. Het kind was asphyctisch en kon niet bijgebracht worden. De ontijdige, niet geïndiceerde indicatie heeft hier dus vermoedelijk den dood van 't kind tengevolge gehad.

XX. N°. 171 (1899), 28-jarige VI para. Kind in *stuitligging* tot aan de schouders spontaan geboren. Daar door lichte expressie de schouders niet geboren werden, werden zonder moeite de armpjes afgehaald en 't hoofd volgens Smellie—Veit ontwikkeld. Levend kind.

XXI. N°. 197 (1899), 26-jarige II para. Kind in *volkomen voetligging rug r.* Wegens de slechte harttonen wordt het kind geëxtraheerd, 't geen zonder moeite geschiedde. Het kind, dat licht asphyctisch was, kwam vanzelf spoedig bij.

XXII. N°. 525 (1899), 28-jarige II para. Foetus maceratus, spontaan in *stuitligging* geboren tot aan de schouders; armpjes en hoofd ontwikkeld zonder moeite.

XXIII. N°. 513 (1899), 40-jarige X para. *Volkomen voetligging.* Het kind wordt spontaan tot aan de schouders geboren met den rug naar achter. Daarna worden armpjes en hoofd ontwikkeld, hetgeen veel moeite kostte. Ten slotte wordt een asphyctisch kind geboren, dat niet bijgebracht kon worden. Het is hoogst waarschijnlijk, dat de niet geïndiceerde, moeilijke extractie de oorzaak is van den dood van het kind.

XXIV. N°. 482 (1899), 36-jarige V para. Kind in *stuitligging rug r.* Extractie zonder strenge indicatie. Levend.

XXV. N°. 74 (1900), 36-jarige IX para. *Stuitl. rug rechts.* Tot na de geboorte van de stuit verliep de baring voorspoedig en spon-

taan; daarna meende de practicant, wijl het kind niet verder te voorschijn kwam, gerechtigd te zijn tot extractie, die geen moeilijkheden baarde, hoe weinig lege artis ze ook geschiedde. Het kind had spina bifida en paralyse der onderste extremiteiten, leefde echter goed.

XXVI. N°. 77 (1900), 36-jarige VIII para. Nadat één kind in A. a. l. v. was geboren, bleek nog een kind in utero te zijn in *St. s. r. r.*, dat na weinig tijds spontaan geboren werd. Alleen bij de geboorte van 't hoofd werd hulp verleend door expressie. Levend.

XXVII. N°. 79 (1900), 30-jarige VIII para. *Stuitl. s. r. v.* Spontane uitdrijving tot aan den navel, daarna de geboorte ondersteund door expressie. Levend.

XXVIII. N°. 105 (1900), 46-jarige XIII para. *Onvolk. voetl. r. r.* Wegens uitgezakte, niet pulseerende navelstreng wordt, nadat het r. voetje spontaan geboren is, het kind geëxtraheerd. Het kind was asphyctisch, doch kwam spoedig bij.

XXIX. N°. 134 (1900), 40-jarige VIII para. *Stuitl. s. l. v.* De stuit werd spontaan geboren, daarna extractie verricht, daar de practicant meende, dat de uitdrijving te langzaam ging; alles onder gelijktijdigen druk op het abdomen. Levend kind.

XXX. N°. 225 (1900), 39-jarige X para. *Gemengde stuitl. s. r. a.* Het kind wordt, als eerste van een tweelingpaar geheel spontaan geboren, levend.

XXXI. N°. 236 (1900), 27-jarige IV para. *Volkomen voetl. r. l. v.* Spontane geboorte tot aan den navel. De rest volgde niet, waarom expressie en extractie werd verricht. Kind levend.

XXXII. N°. 237 (1900), 36-jarige X para. Nadat één kind geboren was bleek nog een tweede kind in utero te wezen in *onvolkomen knieligging rug links.* De stuit werd spontaan geboren; doch daar het kind op de navelstreng reed, en deze niet meer klopte, werd de spontane uitdrijving niet langer afgewacht, en extractie verricht met gunstigen afloop voor 't kind.

XXXIII. N°. 246 (1900), 31-jarige IX para. Diagnose: tweelingen. Het eerste kind werd geboren in A. a. l. v.; het tweede kind bevond zich in *onvolkomen voetl. s. l. v.* De uitdrijving geschiedde grootendeels spontaan; het rechter armpje moest afgehaald worden; het caput werd geëxprimeerd. Levend.

XXXIV. N°. 268 (1900), 33-jarige III para. De practicant diagnostiseerde dwarsligging en voelde een handje, wervelkolom en scapulae. Doch kort na dit onderzoek werd de vrucht, die blijkens anamnese en onderzoek 7 maanden oud was, in *onvolkomen voetligging* geboren zonder eenige kunsthulp. Het kind dat goed leefde werd in de couveuse gelegd, doch stierf na 3 uren.

XXXV. N°. 406 (1900), 47-jarige III para. Bij deze patiënte, waar tweelingzwangerschap was gediagnostiseerd, maakte weeënzwakte de forcipale extractie van het 1e kind noodig. Het tweede kind bevond zich in *volk. voetl. s. l.* en daar de patiënte nog in narcose was, werd hiervan gebruik gemaakt om het tweede kind eveneens te extraheeren, een therapie die in 't algemeen geen navolging verdient; immers de snelle ontlediging van de sterk uitgezette baarmoeder kan een atonische nabloeding veroorzaken. Beide kinderen levend.

XXXVI. N°. 410 (1900), 39-jarige IX para. Diagnose: tweelingen. 1e kind geboren in A. a. l. v. Het 2e bevond zich in *stuitl. s. r.* en werd korten tijd na het 1e spontaan geboren en levend.

XXVII. N°. 433 (1900) 31-jarige IV para. *Onvolkomen voetl.* Het kind wordt spontaan geboren tot aan 't hoofd, dat door Smellie-Veit's handgreep te voorschijn wordt gebracht. Levend.

XXXVIII. N°. 455 (1900), 30-jarige VII para. Patiënte had de laatste 10 weken geen leven meer gevoeld en meende thans reeds veertien dagen over tijd te wezen. Harttonen bleken niet aanwezig. Volgens onderzoek bestond er *stuitl. s. r. v.* De vrucht liet zich zonder moeite exprimeeren en bleek gemacereerd te zijn.

XXXIX. N°. 711 (1900), 24-jarige IV para. De uitdrijving van het kind dat in *gemengde stuitl. r. r.* lag, werd bespoedigd door expressie; armen en hoofd moesten ontwikkeld worden. Levend.

XL. N°. 489 (1900), 35-jarige X para. Het kind lag in *stuitl. s. l. v.* en werd geheel spontaan geboren. Levend.

XLI. N°. 527 (1900), 38-jarige VII para. Het kind bevond zich in *gemengde stuitl. s. l. v.* en werd zonder eenige kunsthulp levend geboren.

XLII. N°. 579 (1900), 43-jarige XVI para. Het kind wordt in *onvolk. voetl. s. l. v.* tot aan de schouders spontaan geboren. Armen en hoofd werden zonder eenige moeite ontwikkeld. Levend.

XLIII. N°. 607 (1900), 40-jarige XV para. Diagnose: tweelingen. Het eerste kind werd in kruinligging geboren v. m. half twaalf. Het 2e kind bevond zich in *stuitl. s. r. a.* De weeën waren van behoorlijke frequentie, doch hadden weinig uitwerking, zoodat eerst 's avonds 7 uur dit tweede kind geboren werd met behulp van expressie. Levend.

XLIV. N°. 622 (1900), 34-jarige IV para. Deze patiënt, wier eerste zwangerschap forcipaal, wier tweede spontaan en wier derde met een miskraam was geëindigd, had aan den linkerbovenrand van den uterus een kinderhoofd-grooten tumor. De tumor (myoom) was vrij beweeglijk, was aan den uterus verbonden door een steel van ongeveer drie vingers dik en gaf geen stoornis bij de geboorte van het

kind, dat in *stuitl. s. r.* levend ter wereld kwam. Ook het 3e tijdperk leverde niets bijzonders op.

XLV. N°. 629 (1900) 28-jarige IV para. In 't begin der baring bestond een afgeweken stuitligging, hoofd rechts; de vliezen waren bij 't begin der weeën gebroken. Gaandeweg kwam echter de stuit meer naar den bekkeningang, zoodat er ten slotte een *gemengde stuitl. s. l. v.* ontstond. De geboorte van 't kind wordt door expressie ondersteund. Levend.

XLVI. N°. 710 (1900), ? -jarige II para. Het kind werd na een voorspoedige baring in *voetl. r. r.* geboren; het hoofd draalde en werd door de handgreep van Smellie—Veit geboren. Levend.

XLVII. N°. 716 (1900), 32-jarige VI para. Er was hier een placenta praevia lateralis bij *onvolk. voetl.* De harttonen van het kind waren goed; het bloedverlies der moeder niet al te erg. Toch werd na een vrij voorspoedige spontane baring een dood kind geboren

XLVIII. N°. 750 (1900), 34-jarige X para. Diagnose: *stuitl. s. l.* Het kind wordt spontaan geboren tot aan het hoofd, 't welk volgens Smellie—Veit is ontwikkeld, onder gelijktijdige expressie. Levend.

XLIX. N°. 779 (1900), 32-jarige VI para. Onder de vorige baringen waren er drie forcipaal getermineerd en een door versie. Bij dezen partus bestond *volkomen voetl. r. r.* Door den practicant kon bij het begin der baring het prom. bereikt worden. De stuit en 't grootste deel van den romp werden spontaan geboren. De uitdrijving stond hierna stil, waarom verder extractie werd verricht. Deze bleek moeilijk, althans wat het afhalen van het l. armpje betreft; eerst toen dit naar achteren was gedraaid, kon het ontwikkeld worden. Het hoofd werd door Smellie—Veit's handgreep geboren. Het kind kwam asphyctisch ter wereld en kon ondanks alle moeite niet in 't leven gehouden worden.

L. N°. 805 (1900) 36-jarige IX para. De patiënte had in vier weken tijds geen leven meer gevoeld en hield haar kind voor dood, wat de practicant op grond van ontbrekende hartstonen ook deed Na het breken der vliezen blijkt het kind gemacereerd, en met 't oog op infectiegevaar wordt besloten de baring te termineeren, 't geen zonder moeite geschiedde.

LI. N°. 808 (1900), 29-jarige VII para. Bij deze patiënte waren gemelli gediagnostiseerd, waarvan het eerste kind spontaan en gemakkelijk geboren werd in A. a. r.? en het tweede kind zonder eenige moeite in *stuitl. s. r. v.* Levend.

LII. N°. 876 (1900), 33-jarige V para. Zonder dat hiervoor dringende indicatie bestond, werd, nadat bij *stuitl. r. l. v.* de stuit spontaan geboren was, de rest van het kind geëxtraheerd. Levend.

LIII. N°. 894 (1900), 32-jarige VIII para. In A. a. l. v. werd na weinig weeën het eerste kind geboren en onmiddellijk daarna in *stuitl. s. r. v.* een tweede kind. Tot aan de schouders verliep de uitdrijving spontaan; daar het kind toen een respiratiebeweging maakte, werden hoofd en armen ontwikkeld. Levend.

LIV. N°. 879 (1900), 30-jarige V para. Geboorte in *stuitligging* van een onvoldragen, gemacereerde vrucht met congenitale afwijkingen, gecompliceerd door placenta praevia.

Uit het voorgaande blijkt, dat in *stuit-* of *voetligging* geboren werden bij: I parae 12
bij M. parae 42 kinderen

De 12 I parae (n°. I—XII) kregen allen een levend kind, en maakten een ongestoord of althans niet ernstig gestoord kraambed door; een dezer vrouwen kreeg echter een totale ruptura perinei, die na hechting slecht genas en later een plastische operatie vereischte.

Van deze kinderen waren 2 tweelingvruchten en 1 vroegtijdig. Na aftrek van deze 3 werden dus 9 waarschijnlijk voldragen kinderen alle levend geboren.

De multiparae (3 II p., 3 III p., 5 IV p., 2 V p., 5 VI p., 3 VII p., 4 VIII p., 5 IX p., 6 X p., 2 XIII p., 1 XV p., 1 XVI p.) brachten 32 kinderen levend, 10 dood ter wereld. Van deze 10 echter waren er 5 gemacereerd; een bezweek bij placenta praevia lateralis, een bij de extractie door een vernauwd bekken, een bij de stellig en een bij de waarschijnlijk niet geïndiceerde en te vroeg verrichte extractie, terwijl een kind bij onze komst reeds overleden was, omdat de vroedvrouw reeds een half uur met het nakomend hoofd aan het tobben was geweest.

De cijfers zijn te klein en de poliklinische verslagen niet altijd volledig genoeg, om daaruit gevolgtrekkingen te mogen maken. Op één vraag zou men vooral antwoord wenschen: hoe groot waren die kinderen?

Onder de kinderen van multiparae waren 11 tweelingvruchten, één vroegtijdig en 5 gemacereerd. Na aftrek van deze 17 blijven er 25 waarschijnlijk voldragen kinderen over, waarvan er 20 levend werden geboren. Laten wij nu ook nog het bij placenta praevia en het bij bekkenvernauwing doodgeboren kind buiten rekening, dan zien wij op 23 kinderen van Mparae er 3 bezwijken door de vermoedelijk of stellig niet juist toegepaste verloskundige behandeling.

Ten slotte zij nog opgemerkt, dat 9 kinderen geheel spontaan ter wereld kwamen, terwijl bij de anderen meer of minder hulp, al of niet noodig, verleend werd.

Dwarsligging.

Wij geven eerst in 't kort het verslag dezer gevallen:

I. N°. 606 (1899), 30-jarige IV para. 1e pos. schouderl., rug vóór, r. arm voorliggend, staande vliezen, volkomen ontsluiting, goede weeën. Versie in narcose. Uitdrijving van het kind door lichte tractie ondersteund; armen behoefden niet afgehaald te worden. Hoofd ontwikkeld volgens Smellie—Veit. Levend kind. Placenta na $^1/_2$ uur. Kraambed ongestoord. Vorige partus spontaan.

II. N°. 389 (1899), 33-jarige VIII para. 2e pos. schouderligging, uitgezakt r. armpje, rug achter, schouder reeds wat ingedaald, vruchtwater sedert 3 uren afgeloopen. Versie en extractie in narcose; beide armen ontwikkeld, hoofd met Praag'sche handgreep. Levend kind. Placenta volgde spoedig. Over kraambed niets vermeld.

III. N°. 478 (1899), 40-jarige XI para. 2e pos. schouderligging, l. handje en pulseerende navelstreng in 't ostium, rug vóór, ontsluiting 5 à 6 cM., vruchtwater vóór 3 uur afgeloopen. Na een lus te hebben gelegd om het l. handje, dat inmiddels tot buiten de vulva was uitgezakt, wordt in narcose overgegaan tot versie. De extractie, die terstond werd aangesloten, was niet gemakkelijk, afhalen van het r. armpje zeer moeilijk. Het hoofd werd ontwikkeld volgens Smellie—Veit. Het kind was wit, spiertonus was afwezig, het deed een paar snikken hooren en kon ondanks vele pogingen niet bijgebracht worden. Placenta na ½ uur volgens Crédé verwijderd. Kraambed ongestoord. De dood van 't kind is zeker wel te wijten aan den langen duur der extractie bij onvoldoende ontsluiting.

IV. N°. 642 (1899), 44-jarige III para. 1e pos. schouderligging, rug vóór, rechter arm en een convoluut niet-pulseerende navelstreng in 't ostium, schouder tamelijk vast in den ingang, ontsluiting 6—7 M., vruchtwater vóór ruim 2 uur afgeloopen.

Pat. meende eerst een maand later te moeten bevallen. In narcose versie en extractie, die beide zeer lastig waren. Ontwikkelen van de armen tamelijk gemakkelijk, van 't hoofd (volgens Smellie—Veit en Wigand—Martin) moeilijk; kind dood. Placenta na ½ uur. Kraambed afebriel. Vorige partus spontaan.

V. N°. 645 (1899), 27-jarige III para. Nadat een kind in A. a. r. v. was geboren bleek de uterus er nog een te bevatten, dat in dwarsligging lag, 2e pos., rug achter. Zonder narcose werd een voetje afgehaald en het levende kind geëxtraheerd, zonder moeite, 4 uur na de geboorte van het eerste. Placenta volgens Credé verwijderd. Kraambed goed.

VI. N°. 416 (1899), 36-jarige VI para. Nadat in achterhoofdsligging spontaan één kind geboren was, werd door de vroedvrouw

om assistentie gezonden wegens dwarsligging van het 2e kind. Er bleek het linker armje uitgezakt, hoofd links, rug achter, harttonen zwak. In narcose werd versie verricht en extractie. Er kwam een kind ter wereld met een hazelip, dubbelzijdige palatoschisis en een rudimentair linkeroor. Het kind gaf weinig teekenen van leven en succombeerde spoedig, ondanks velerlei pogingen om het in leven te houden.

VII. N°. 459 (1899), 37-jarige IV para. Terwijl patiënte haar gewone huiswerk verrichtte, braken plotseling de vliezen en merkte zij, dat er iets uitzakte. Dit bleek het r. armpje te zijn. Het caput werd r. gevonden, de rug achter. Er was volkomen ontsluiting en zoo goed als geen weeën. In narcose werd versie en extractie van het levende kind verricht. Kraambed ongestoord.

VIII. N°. 34 (1899), 28-jarige VI para. Na het stellen der diagnose dwarsligging, hoofd links, rug vóór, werd door uitwendige handgrepen getracht het kind te keeren, wat niet gelukte. Daarna geschiedde in narcose gecombineerde versie. Na de keering werd afgewacht en het kind na korten tijd geboren tot aan den nek; de r. arm kwam spontaan, de l. werd ontwikkeld. Het hoofd werd volgens Smellie—Veit geëxtraheerd. Moeder en kind goed.

IX. N°. 3 (1899), XIX para. Nadat in achterhoofdsligging het eerste kind spontaan was geboren, bleek er nog een tweede kind in utero te zijn, dat in schouderligging lag, hoofd r. In narcose werd, 8 uur na de geboorte van het eerste kind, versie en extractie gedaan. Kind levend.

X. N°. 1 (1899), 35-jarige V para. Volgens het verslag werd wegens schouderligging en uitgezakt armpje (in narcose?) versie en extractie verricht van een onvoldragen kind (8e maand), dat nog enkele minuten leefde.

XI. N°. 37 (1900), 35-jarige V para. Bij patiënte, die sedert eenige uren in partu was, bestond dorso-anteriore dwarsligging met 't hoofd rechts. Bovendien was de navelstreng te voelen, die zwak en langzaam klopte. Hoewel de ontsluiting nog niet volkomen was, werd wegens den slechten toestand van het kind besloten onmiddellijk keering te verrichten en te trachten het kind te extraheeren. De versie, die met de rechterhand verricht werd, was gemakkelijk; de extractie tot aan het hoofd evenzoo. De geboorte van het caput — volgens Smellie—Veit, ondersteund door uitwendigen druk — kostte meer moeite dan voor het welzijn van het kind dienstig was. Het kwam dood ter wereld, als gevolg van de poging om bij onvoldoende ontsluiting te extraheeren. Beter ware geweest na de keering de uitdrijving aan de natuur over te laten.

Als oorzaak van de dwarsligging kon niets anders gevonden worden

dan een slappe buikwand; het bekken was niet vernauwd. De vorige bevallingen waren zonder stoornis verloopen.

XII. N°. 61 (1900), 31-jarige V para. Bij deze patiënte, wier vorige baringen alle spontaan verliepen, wordt bij nagenoeg volkomen ontsluiting, staande vliezen en zwakke weeën het hoofd beweeglijk op den ingang gevoeld met een handje er naast. Op grond van het uitwendig onderzoek was de diagnose gesteld op tweelingen. Daar de baring niet vorderde, bekkenvernauwing uitgesloten werd en de ontsluiting zoo goed als volkomen was, werden de vliezen gebroken, het hoofd in den ingang gebracht en het handje gereponeerd. De weeën echter bleven uit, en bij een later ingesteld onderzoek bleek het handje weer aanwezig, zelfs een eindweegs in de vagina uitgezakt en de hoofdligging overgegaan in dwarsligging met het caput rechts en de rug achter. Daarom werd thans in narcose overgegaan tot versie; de uitdrijving aan de weeën overlatende. Deze geschiedde, nadat de vrouw uit de narcose ontwaakt was, zeer spoedig. Er kwam één kind ter wereld; de diagnose tweelingen bleek foutief. De placenta werd na een $\frac{1}{2}$ uur geëxprimeerd. Moeder en kind maakten 't goed. Het kraambed verliep ongestoord.

XIII. N°. 81 (1900), 40-jarige X para. De afloop der vroegere bevallingen was goed. Bij deze werd gevonden rechter schouderligging, rug achter; de vliezen waren gebroken, er was een ontsluiting van ongeveer 7 cM., terwijl de navelstreng te voelen was, die zeer zwak pulseerde (60—70). Op grond van deze diagnose werd besloten tot keering, en, hopend, dat het kind zich nog herstellen zou, dan de uitdrijving aan de weeën over te laten, daar bij de onvoldoende ontsluiting de extractie zeker moeilijkheden zou veroorzaken en den dood van het kind ten gevolge kon hebben. De keering werd in narcose verricht, de vrouw ontwaakte spoedig en er kwamen krachtige weeën, die met den romp van het kind ook de niet-pulseerende navelstreng deden geboren worden, Bij de geboorte der armpjes werd hulp verleend en het hoofd met den handgreep van Smellie—Veit te voorschijn gebracht. Pogingen om het kind in 't leven te roepen mochten niet baten. De placenta volgde onmiddellijk op de geboorte van het kind. Toestand der moeder p. p. en in het kraambed goed.

XIV. N°. 251 (1900), 32-jarige IV para. De drie vorige bevallingen verliepen normaal, doch twee er van waren praematuur. Alleen de 2e zwangerschap leverde een levend, voldragen kind op. Ook thans was de graviditeit eerst tot 7 maanden gevorderd, toen weeën optraden. Het kind leefde en lag in rechter schouderligging, hoofd links. Daar het vruchtwater afgeloopen was en er nog al wat bloed

uit de vulva te voorschijn kwam, zoodat de diagnose: loslating der placenta werd gesteld, werd zoodra de ontsluiting dit toeliet in narcose versie verricht. Deze en de navolgende extractie verliepen zonder veel moeite. Het kleine, weinig reageerende kind stierf nog denzelfden dag. De placenta werd na een uur door Credé's handgreep verwijderd. Puerperium goed. De oorzaak der ontijdige bevallingen was niet te ontdekken.

XV. N°. 308 (1900), 41-jarige X para. De vorige baringen verliepen alle spontaan. Bij deze bestond linker schouderligging, rug vóór. Bij volkomen ontsluiting wordt na breken der vliezen met de rechterhand de versie verricht en het kind zonder moeite geëxtraheerd. De placenta wordt wegens haemorrhagie eenige minuten p. p. door Credé's handgreep verwijderd. Moeder en kind p. p. goed. Puerperium afebriel.

XVI. N°. 922 (1900), 50-jarige VIII para. Het mag wel verwondering baren, dat op dezen leeftijd, na een rust van 13 jaar, nog zwangerschap optrad. Het kind was dood en de zwangerschap nog niet tot het normale einde gevorderd. Het kind lag in rechterschouderligging met den rug naar voren, en hoewel het blijkens het onderzoek reeds licht gemacereerd was, werd het toch te gewaagd geacht een spontane uitdrijving af te wachten, en besloten tot versie en extractie. Dit geschiedde in narcose en leverde geen moeilijkheden op. De placenta werd na $^3/_4$ uur door Credé's handgreep verwijderd. Puerperium goed.

XVII. N°. 543 (1900), 38-jarige VII para. Bij deze patiënte, wier vorige bevallingen goed waren verloopen, bestond bij staande vliezen en volkomen ontsluiting, linker schouderligging met den rug naar voren. De schouder was zeer beweeglijk en daar het bekken niet vernauwd was, werden de vliezen gebroken, de voorliggende schouder weggedrongen en door middel van uit- en inwendige handgrepen het hoofd in den ingang gezet. 10 minuten later was het kind levend geboren in A. a. l. v. De placenta werd na 40 min. geëxprimeerd. Kraambed goed.

XVIII. N°. 518*a* (1900), 39-jarige IX para. Tweemaal was bij de vorige bevallingen kunsthulp verleend; de overige baringen verliepen normaal. Bij deze bestond rechter schouderligging met den rug naar achter. Bij volkomen ontsluiting en staande vliezen wordt in narcose de versie verricht en extractie onmiddellijk aangesloten. Hoewel deze geen bijzondere moeite veroorzaakte, kwam het kind asphyctisch ter wereld en kon ondanks huidprikkels, koude en heete baden, kunstmatige respiratie, niet in leven worden gehouden. De placenta kwam na $^1/_2$ uur na Credé's handgreep. Het kraambed verliep ongestoord.

XIX. N°. 43 (1900), 26-jarige II para. De eerste zwangerschap was na 8 maanden geëindigd met de geboorte van een levend kind. Thans was pat. wederom sedert ongeveer 8 maanden (volgens hare meening) zwanger, toen de baring begon. De uterus stond tot aan den navel; de diagnose was dwarsligging, rug voor, hoofd rechts. Harttonen waren niet te hooren. Bij inw. onderzoek bleken de linkerhand en de traag (50) pulseerende navelstreng uitgezakt, bij een ontsluiting van 3 cM.; ribben, scapula en oksel waren voelbaar. Daar gemeend werd, dat de zwangerschap eerst gevorderd was tot de 6e of 7e maand, het kind dus waarschijnlijk niet levensvatbaar en in elk geval op 't oogenblik stervend was, werd van keering afgezien en besloten de uitdrijving aan de natuur over te laten. Deze bleef niet in gebreke, en deed in den loop van een paar uur den schouder dieper indalen en naast den schouder den romp en later de stuit, zoodat een *evolutio spontanea* was tot stand gekomen. Het kind kwam dood ter wereld, en was 41,5 cM. lang (practicant), zoodat blijkbaar de zwangerschap verder gevorderd was dan 6 à 7 mnd., het kind dus wel levensvatbaar en de beoordeeling en de therapie van dit geval een verkeerde waren.

Er zijn dus *19 gevallen van dwarsligging* zonder verdere complicaties waargenomen, alle bij multiparae. Een der kinderen, een onvoldragen doode vrucht, werd door evolutio spontanea geboren; één kind, n°. 543 (1900) werd door gecombineerde handgrepen op het hoofd gekeerd, met goeden afloop, en bij de andere 17 werd keering op een voet met de geheele hand in utero verricht. Slechts 10 kinderen kwamen levend ter wereld. Van de 9 levenlooze kinderen waren er reeds 4 dood of stervend vóór de operatie, 2 stierven tengevolge van de keering of uithaling, van 2 sterfgevallen is de verklaring niet te geven en 1 kind, behebt met vele aangeboren gebreken, kwam stervend ter wereld.

In deze gevallen is bekkenvernauwing niet opgegeven als aanleiding tot de verkeerde ligging der vrucht. Driemaal hadden wij met een tweeling, viermaal met een onvoldragen vrucht te doen. De slapheid van buik- en uteruswand zal in de meeste gevallen wel een voorname rol hebben gespeeld (1 II p., 2 III p., 3 IV p., 3 V p., 2 VI p., 1 VII p., 2 VIII p., 1 IX p., 2 X p., 1 XIX p.).

Nog 4 andere gevallen van dwarsligging gingen gepaard met placenta praevia of bekkenvernauwing, en worden onder die hoofdstukken vermeld.

N°. Verslag.	Jaar.	Nummer.	Para	Leeftijd.	Toestand kind. vóór de operatie	na de operatie	Ligging. Rug	Hoofd	Kraambed	Oorzaak van den dood van het kind.
I	1899	606	IV	30	goed	levend	voor	links	ongestoord	
II	„	389	VIII	33	„	„	achter	rechts	„	
III	„	478	XI	40	„	dood	voor	links	„	moeilijke extractie
IV	„	642	III	44	dood	dood	voor	links	„	beklemming van navelstreng.
V	„	645	III	27	goed	levend	achter	rechts	„	(tweeling).
VI	„	416	VI	36	slecht	stervend	achter	links	„	(„)
VII	„	459	IV	37	goed	levend	achter	rechts	„	
VIII	„	34	VI	28	goed	levend	voor	links	„	
IX	„	3	XIX		goed	levend		rechts	„	(tweeling).
X	„	1	V	35	?	stervend	?	?	„	? onvoldragen.
XI	1900	37	V	35	slecht	dood	voor	rechts	„	slechte pols te voren. Extractie bij onvold. ontsluiting.
XII	„	61	V	31	goed	levend	achter	rechts	„	
XIII	„	81	X	40	slecht	dood	achter	rechts	„	slechte pols te voren. Te late uithaling?
XIV	„	251	IV	32	goed	levend	voor	links	„	
XV	„	308	X	41	goed	levend	voor	rechts	„	
XVI	„	922	VIII	50	dood	dood	voor	links	„	praematuur.
XVII	„	543	VII	38	goed	levend	voor	rechts	„	
XVIII	„	518a	IX	39	goed	dood	achter	rechts	„	?
XIX	„	43	II	28	dood	dood	voor	rechts	„	uitgezakte navelstreng (ontijdige vrucht).

Voorliggen of uitzakken der navelstreng

is in de volgende gevallen waargenomen:

I. N°. 576 (1899), 28-jarige IV para. Bij nagenoeg volkomen ontsluiting en een voor ruim de helft ingedaald hoofd, a. r. a., was links naast het hoofd uitgezakt een convoluut zwak pulseerende navelstreng en een handje. In narcose werd met de tang het achterhoofd in twee tempo's naar r. v. gedraaid, 't geen gemakkelijk ging, en een asphyctisch kind geëxtraheerd, dat met eenige moeite werd bijgebracht. Avondtemperatuur van denzelfden dag 38.5°. Verder verloop van 't kraambed ongestoord.

II. Bij N°. 205 (1899), zakte bij ongeveer een rijksdaaldergroote ontsluiting tijdens een hevige braking en een zeer sterke wee de

navelstreng een eindweegs uit. Er werd een poging tot repositie verricht door den practicant en tegelijk om hulp gezonden, die echter te laat kwam; de navelstreng hield op met pulseeren en het kind kwam dood ter wereld.

III. Van een ander geval (N°. 30 1899) vermeldt het polikliniesch verslag geen bijzonderheden. Kind dood.

IV. N°. 655 (1899), 39-jarige IV para. De 2e partus werd forcipaal getermineerd, de overige verliepen spontaan. Bij dezen 4en partus werden gemelli gediagnostiseerd. Het 1e kind kwam spontaan in K. a. r. v. ter wereld. Daarna werden voor de diagnose van de ligging van het 2e kind de vliezen gebroken. Er bleek toen te bestaan een afgeweken hoofdligging, en aangezien de navelstreng dreigde uit te zakken, werd terstond een voetje afgehaald en de, overigens niet geïndiceerde, extractie onmiddellijk aangesloten. Beide kinderen levend. Puerperium tebriel; er bleek 14 dagen post partum een salpingitis te bestaan, waarvoor patiënte verder in de kliniek werd verpleegd.

V. N°. 471 (1899), 36-jarige XI para De vliezen waren gebroken, vóórdat er weeën waren en terwijl pat. nog rondliep. Eenige uren daarna bemerkte zij, dat de navelstreng buiten de vulva hing. Bij onderzoek werd uitwendig de rug r. gevoeld. Harttonen 40—180. Inwendig voelde men de pulseerende navelstreng hangen uit het ongeveer 3 cM. wijde ostium; behalve de navelstreng werd op den ingang ook het hoofd gevoeld. In narcose werd keering volgens Braxton—Hicks beproefd. Dit mislukte en daarom werd langzaam met de halve hand in den uterus gedrongen en versie verricht. De terstond aangesloten extractie bleek groote moeite te kosten, vooral van 't hoofd, dat na veel moeite met den handgreep van Smellie-Veit gecombineerd met expressie werd geboren. Het zeer groote kind was diep asphyctisch en niet bij te brengen. In 't puerperium temperatuursverhooging tot 39.5° zonder duidelijk aan te toonen oorzaak.

VI. N°. 830 (1900), 33-jarige XI para. De afloop der vroegere bevallingen, waaronder 3 miskramen, was goed. De practicant vond bij staande vliezen en 6 cM. ontsluiting het hoofd voorliggen met den pijlnaad dwars (indaling?). Daar er weinig of geen weeën waren, meende hij de barende wel voor een poos te kunnen verlaten; hij werd echter na 1½ uur weer ontboden, daar de weeën sterker waren geworden. Hij vond toen het vruchtwater afgeloopen, het hoofd niet ingedaald en de pulseerende navelstreng uitgezakt. Hoewel er spoedig assistentie ter plaatse was, bleek de navelstreng niet meer te kloppen; toch werd onmiddellijk zonder narcose overgegaan tot forcipale extractie. Het gelukte echter niet het kind in

leven te houden, ofschoon het hart na de geboorte nog klopte. De placenta werd na 40 minuten geëxprimeerd. Kraambed goed.

VII. N°. 950 (1900), 29-jarige V para. Bij deze vrouw, wier vorige partus alle goed waren verloopen, wordt door den practicant hulp ingeroepen wegens uitgezakte navelstreng. Er blijkt te bestaan K. a. r. a., volkomen indaling en ontsluiting, rechts vóór eenige lussen pulseerende navelstreng. Duidelijk zijn te voelen bv. de orbitaalranden en neuswortel, r. v. een oortje met den vrijen rand wijzende naar achteren, de gr. fontanel in de bekkenas, de kleine r. achter zéér hoog. Wegens de uitgezakte navelstreng bij diep ingedaald hoofd is onmiddellijke extractie geïndiceerd. Daar de navelstreng rechts vóór ligt wordt er van afgezien het achterhoofd van r. a. naar r. v. te draaien, doch besloten het achterhoofd over het perineum te ontwikkelen. De tang wordt, zonder narcose, dwars aangelegd en het hoofd zonder moeite in de vulva getrokken, toen gelicht en tot groote verbazing komt niet het aangezicht, doch het achterhoofd onder de symphysis te voorschijn. Het kind was, zooals reeds uit het inwendig onderzoek bleek, klein; waarschijnlijk is het hoofd plotseling geheel naar voren gedraaid, toen de barende dwars in 't bed werd gelegd. Het inwendig onderzoek was zóó duidelijk en zóó gemakkelijk, dat aan een error diagnoseos haast niet te denken valt. Nadat het hoofd geboren was, draaide het gezicht naar links. Het kind was niet asphyctisch. De placenta werd na $^1/_4$ uur geëxprimeerd. Kraambed ongestoord.

In 7 ongecompliceerde gevallen van prolapsus funiculi hebben wij dus slechts driemaal het geluk gehad het kind te kunnen redden, tweemaal door de tang, éénmaal door keering. In de 4 andere gevallen kwam onze hulp te laat, hoewel wij nog eenmaal met den forceps, éénmaal door keering het stervende kind trachtten te behouden. Driemaal was dwarsligging gecompliceerd door uitzakking van de navelstreng; in alle 3 gevallen kwam het kind dood ter wereld; nl.

N°. 642 (1899), (blz. 14). Het kind was reeds dood vóór de versie.

N°. 37 (1900), (blz. 15). Het levende kind werd gekeerd en geëxtraheerd bij onvoldoende ontsluiting en kwam dood ter wereld.

N°. 81 (1900), (blz. 16). Bij 7 cM. ontsluiting werd versie verricht en daarna de spontane uitdrijving afgewacht en ondersteund; wederom kwam het kind dood ter wereld.

N°. 43 (1900), (blz. 18). Hier was een niet levensvatbare vrucht gediagnostiseerd in dwarsligging met uitgezakte navelstreng; er was geen therapie noodig en dit geval blijft dus buiten beschouwing.

In 4 gevallen bestond prolaps van de navelstreng bij vernauwd bekken. In alle 4 gevallen was er een hoofdligging; nl.

N°. 279 (1899), (blz. 29). Hierbij werd eerst repositie beproefd, later versie; kind dood.

N°. 624 (1899), (blz. 30). Versie en extractie bij 7 cM. ontsluiting en traag pulseerende navelstreng; kind dood.

N°. 857 (1900). Keering volgens Braxton—Hicks; de uitdrijving werd afgewacht en ondersteund; het kind kwam dood ter wereld.

N°. 912 (1900). Hier werd wegens de bekkenvernauwing de tang aangelegd bij niet-ingedaald hoofd. In de bekkenholte werd de tang afgenomen en opnieuw aangelegd, waarbij bleek dat intusschen de navelstreng was uitgezakt; dit kind kwam levend ter wereld.

Resumeerende hebben we dus te berichten over 14 gevallen van prolapsus funiculi. Daarbij kwam slechts *4 maal* het kind *levend* ter wereld en wel 3 maal bij de 7 ongecompliceerde gevallen van uitgezakte navelstreng en slechts 1 maal bij de 7 gevallen, waar deze afwijking bestond naast andere complicaties. Laten we 4 gevallen buiten beschouwing, waar de uitgezakte navelstreng niet meer klopte, toen hulp werd verleend, N°s 642 (1899), 205 (1899), 830 (1900) en 30 (1899), dan blijven 6 kinderen over, voor wier redding de therapie onmachtig bleek.

In 3 van deze 6 gevallen, n°s 279 (1899), 624 (1899) en 857 (1900) bestond hoofdligging bij bekkenvernauwing. In 2 gevallen was dwarsligging gevonden, N°s 37 (1900) en 81 (1900) en in nog 1 geval hoofdligging bij normaal bekken, N°. 471 (1899).

Bij deze ongunstige resultaten van de therapie bij prolapsus funiculi houde men in 't oog, dat niet de therapie als zoodanig in 't algemeen onvoldoende is, maar dat zoo dikwijls het uitvoeren der therapie wordt bemoeilijkt door te geringe ontsluiting of door bekkenvernauwing. In onze polikliniek wordt van repositie steeds afgezien; wanneer het al een enkele maal gebeurt, geschiedt het om de navelstreng zoolang uit de verdrukking te houden, totdat er assistentie is gekomen.

Men weet dat een manueele repositie nooit anders dan struisvogelpolitiek kan zijn; men duwt de navelstreng weg, totdat men haar niet meer voelt en meent dan, dat zij er ook niet meer is, doch men dient te bedenken, dat men een te lange streng door deze bewerking niet korter heeft gemaakt, dat de lage insertie van de placenta (als oorzaak van prolapsus funiculi), daardoor niet veranderd is, dat de bekkeningang bij bekkenvernauwing, aangezicht- en stuitligging e. a. er niet ontoegankelijk door wordt. Kortom de oorzaak van het vóórliggen resp. uitzakken blijft. En aangezien repositie met meer of minder vernuftige instrumenten, waardoor de

navelstreng ergens boven in den uterus wordt opgehangen, lang niet altoos toe te passen is, blijft de beste therapie *uitwendige of gecombineerde keering op stuit of voet*, *zoo mogelijk met opvolgende extractie of forcipale verlossing*, *zoodra ontsluiting en indaling dit toelaten*, al blijkt het voortreffelijke van deze therapie in 't allerminst uit de meegedeelde cijfers!

No.	Uitgezakte navelstreng vergel. blz.	Ligging.	Bekken.	Ontsluiting	Therapie.	Toestand van het kind. vóór de operatie	Toestand van het kind. na de operatie.
576 (1899)	19	A. a. r. a.	norm.	volk.	forceps	levend	levend
205 „	19	hoofdl.	norm.	3 cM.	geen	dood	dood
30 „	20	?	?	?	geen	dood	dood
355 „	20	afgeweken hoofdl.	norm.	volk.	versie en extractie	levend	levend
471 „	20	hoofdl.	norm.	3 cM.	versie en extractie	levend	dood
830 „	20	hoofdl.	norm.	volk.	forceps	dood	dood
950 „	21	K. a. r. a.	norm.	volk.	forceps	levend	levend
642 (1899)	14	dwarsl.	norm.	7 cM.	versie en extractie	dood	dood
37 (1900)	15	dwarsl.	norm	onvolk.	versie en extractie	levend	dood
81 „	16	dwarsl.	norm.	7 cM.	versie en afwachten	levend	dood
279 (1899)	29	hoofdl.	vernauwd	volk.	versie en extractie	levend	dood
624 „	30	hoofdl.	vernauwd	6 cM.	versie en extractie	levend	dood
912 (1900)		A. a. r. dw.	vernauwd	volk.	forceps	levend	levend
857 „		hoofdl.	vernauwd	3 cM.	versie en afwachten	levend	dood

Bekkenvernauwing.

Behalve bij eenige barenden, die tijdens den partus naar de kliniek werden overgebracht, werd in de polikliniek in 1899 9 maal, in 1900 18 maal, te zamen dus 27 maal bekkenvernauwing herkend. Natuurlijk schuilen er onder het poliklinisch materiaal nog meer vernauwde bekkens, die om de eene of andere reden niet herkend zijn geworden.

8. *Primiparae.*

I. N°. 323 (1899), 26-jarige I para. Niet vorderen der baring ondanks goede weeën, die daarna steeds zwakker werden en ten

slotte wegbleven, afmatting der parturiens, nauwe arcus pubis, oedeem der labia majora. Pijlnaad in de r. sch.; kl. font. l. v. De forcipale extractie, zonder narcose, van het groote hoofd duurde 25 minuten, vorderde 2 kleine zijdelingsche incisies en veroorzaakte een ruptuur van 1 cM. Het duurde nog 10 minuten eer het gelukte de schouders te doen geboren worden, hetgeen de ruptuur van 1 cM. verlengde tot aan den sphincter ani. Het kind, datvóór de extractie nog goed was, kwam bleek asphyctisch ter wereld en kon niet bijgebracht worden. De ruptuur werd gehecht met drie suturen.

II. N°. 644 (1899), 28-jarige I para. Ondanks krachtige weeën ging de partus, bij volkomen ontsluiting en indaling, gedurende minstens 2 uur absoluut niets verder. Pijlnaad dw., a. r. terzij. Wegens den vernauwden bekkenuitgang werd forcipaal getermineerd in narcose. Zeer moeilijke extractie van een levend kind. Het hoofd schoot na langdurige, krachtige tractie plotseling door den uitgang en veroorzaakte een ruptura perinei completa (rectaalwand 1 cM. ingescheurd). Hechting den volgenden dag; 2 catgut suturen door rectum en sphincter ani, 3 diepe zilverdraad- en ettelijke zijden hechtingen door het perineum. Genezing ongestoord, kraambed normaal.

III. N°. 266 (1900), 23-jarige I para. Het promontorium was gemakkelijk te bereiken. Des ondanks gingen de indaling en spildraai van het hoofd geheel volgens den regel; zoodat het kind, nadat de baring in haar geheel 18 uur geduurd had, in A. a. l. v. werd geboren. Maten vàn 't bekken en van het kind ontbreken.

IV. N°. 340 (1900), 30-jarige I para. De bekkenmaten zijn Dist. spin. 22.5, dist. crist. 26. Baud 17. Omtrek 80. **C. D. 10.5**, C. V. geschat op **8.5 cM.** Het sacrum is concaaf in alle richtingen; het promontorium staat hoog en er is een lichte asymmetrie der beide bekkenhelften. Het kind bevond zich in A. a. r. v. en werd na een normale baring, die 18 uur duurde, zonder eenige moeilijkheid geboren. De biparietale afmeting van het kinderhoofd bedroeg 8.75 cM., de bitemporale 8 cM., het gewicht van het kind 3.1 KG.

V. N°. 457 (1900), 23-jarige I para. De bekkenmaten zijn: spinae 24.5, cristae 27. Baud 18.25, **C. D. 10.25**. C. V. geschat op **8.5 cM.** Ook bij dit bekken verliep de baring, die ± 14 uur duurde, zeer voorspoedig; het kind werd geboren in A. a. r. v. Maten van het kind ontbreken.

VI. N°. 833 (1900), 21-jarige I para. Bij deze patiënte werd een C. D. van **10 cM.** gemeten. Het kind was klein en werd in A. a. r. v. geboren na een baring, die ongeveer 20 uren duurde

VII. N°. 165 (1900), 25-jarige I para. Daar het hoofd ondanks krachtige weeën niet indaalde, verzocht de vroedvrouw, die bij de baring assisteerde, de hulp der polikliniek.

Er wordt, nadat de baring ongeveer 15—20 uur geduurd heeft, te 6 uur 's nam. geconstateerd A. a. l. dw., 't hoofd $^1/_3$ ingedaald, onbeweeglijk, prom. met moeite bereikbaar, nagenoeg volkomen ontsluiting, oedeem van den r. vaginaalwand en r. labium majus. Moeder en kind goed. Weeën krachtig.

Om 9 uur dezelfde toestand. Om half twaalf schijnt het hoofd iets meer ingedaald, de spinae ischiadicae echter gemakkelijk te bereiken. Contractiering handbreed boven de symphysis.

Daar de weeën niet in staat blijken het hoofd den ingang te doen passeeren, het oedeem van het r. labium majus sterk is toegenomen en er zich bovendien een haematoom heeft gevormd, wordt besloten de tang aan te leggen.

In narcose wordt de linker lepel l. achter, de rechter r. vóór aangelegd. Ondanks groote krachtsinspanning gelukte het in 't eerst niet het hoofd naar beneden te trekken. Reeds wordt gedacht aan perforatie, toen plotseling het caput in de bekkenholte schiet en verder zonder moeite geëxtraheerd werd. De ruptuur, die hierbij ontstaat en die door den sphincter ani tot ongeveer 5 cM. hoog in 't rectum verloopt, mag zeker wel als een gevolg van den abnormalen toestand der vulva aangemerkt worden.

Het kind leefde goed; aan het hoofd werden geen bijzondere afwijkingen waargenomen. De placenta werd 1½ uur p. p. door Credé's handgreep verwijderd. De ruptuur werd wegens de enorme zwelling en haematoomvorming niet gehecht, doch genas onder dagelijksche irrigatie der vagina met uitgekookt water bijzonder goed; zoodat na afloop van het kraambed een eenvoudige plastiek een volledige restitutio ad integrum teweegbracht. De patiënte was in 't kraambed steeds wel, vertoonde echter 's avonds lichte temperatuursverhooging. De lochiën waren, dank zij de irrigaties, nooit stinkend. Bekkenmaten ontbreken.

Het oedeem der genitalia ware reden genoeg geweest, om den partus 6 uren eerder te termineeren.

VIII. N°. 698 (1900), 26-jarige II para. De eerste zwangerschap was geëindigd met een miskraam in de 3e maand; de vrouw is dus als een I para te beschouwen. In haar jeugd meende ze rhachitis te hebben gehad. Als dist. spin. werd gevonden 22, cristae 26, CD. 12 cM. Een vernauwing dus van weinig beteekenis. Het kind werd dan ook na een baring van ongeveer 15 uur zonder moeite in A. a. l. v. geboren.

8 Primiparae.

N°. ver-slag.	N°. Historia partus	Oud.	Bekken.	Duur der baring.	Positie van het kind.	Maten van het kind.	Toestand van het kind.	Aanmerkingen over de verlossing.		Kraambed.
I	323 (1899)	26 j.	Vernauwde uitgang	30 uren	A. a. l. v.	?	dood	**Forceps**	Kind sterft onder de extractie. Rupt. perinei incompleta.	Ongestoord.
II	614 (1899)	28 j.	Vernauwde uitgang.	lang.	A. a, r. dw.	?	levend	**Forceps**	Moeilijke extractie Rupt. perin. compl.	"
III	266 (1900)	23 j.	Prom. gemakkelijk te bereiken.	18 uren	A. a. l. v.		levend	**Spontaan**		"
IV	340 (1900)	30 j.	Sp. 22.5 Cr. 26 C. B. 17, omtrek 80 C. D. 10.5 C. V. 8.5 Sacrum concaaf.	18 uren	A. a. r. v.	D. B. P. 8.75 D. B. T. 8 Gew. 3.1 KG.	levend	**Spontaan**		"
V	457 (1900)	23 j.	Sp. 24.5 Cr. 27 C. ext. $18^{1}/_{4}$ C. D. $10^{1}/_{4}$ C. V. $8^{1}/_{2}$	14 uren	A. a. r. v.		levend	**Spontaan**		"
VI	833 (1900)	21 j.	C. D. 10	20 uren	A. a. r. v.	Klein	levend	**Spontaan**		
VII	165 (1900)	25 j.	Prom. te bereiken.	26 uren	A. a. l. dw.		levend	Hoofd daalt slechts $^{1}/_{2}$ in	Oedeem van vagina en vulva. **Tang**. Moeilijke extractie Rupt. perin. totalis.	Licht febriel.
VIII [1]	698 (1900)	36 j.	Sp. 22 Cr. 26 C. D. 12. C. V. 10	15[illegible] uren	A. a. l v.		levend	**Spontaan**		

[1]) Tweede zwangerschap, eerste eindigde in de 3de maand.

Zooals uit het voorgaande blijkt, werd bij deze primiparae 6 maal ingangs-, en 2 maal uitgangsvernauwing waargenomen.

De 6 vrouwen met vernauwden bekkeningang hebben alle een levend kind gekregen, en wel 5 spontaan, 1 door middel van de tang. Bij allen bestond een achterhoofdsligging. Slechts van 3 bekkens zijn de maten volledig genoeg om ze juist te kunnen beoordeelen, nl. n°. IV, V en VIII — alle algemeen vernauwd. De *Conjugata vera* bedroeg hier *8.5 cM.* of nog iets minder (VIII). Ook bij n°. VI, waar alleen de *conj. diag.* is opgegeven, was de *c. vera* zeker niet langer dan 8.5 cM.

Bij n°. III en VII is alleen de bereikbaarheid, resp. de gemakkelijke bereikbaarheid van het promontorium opgegeven, zoodat daarover niet veel te zeggen valt. Slechts van de kinderen van n°. IV en VI is iets vermeld omtrent hunne afmetingen, waaruit blijkt, dat zij klein waren; dit kwam de moeder dus goed te stade.

Bij geen dezer vrouwen heeft de baring bovenmatig lang geduurd, behalve bij n°. VII, waar een belangrijk haematoma vaginae et vulvae het noodig maakte een eind aan de verlossing te maken.

Hier had het hoofd den ingang nog niet geheel gepasseerd, zoodat het promontorium achter het hoofd om nog te bereiken was. Dit kind was van gemiddelde grootte, levend.

De eenige gevallen van uitgangsvernauwing, in de verslagen vermeld, waren n°. I en II; gemeten is die vernauwing niet; alleen trof ons de nauwheid van den schaamboog. Bij beiden had de baring lang geduurd, bij n°. I n. l. 30 uren; over n°. II vermeldt het verslag geen juisten tijd; de tangverlossing ging bij beiden met groote moeilijkheden gepaard, waardoor dan ook één kind (n°. I) onder de operatie bezweek.

Voor de moeder was de afloop in al deze gevallen goed, afgezien van een meer of minder ernstige verscheuring van den bilnaad. Vooral bij n°. VII (haematoma vaginae) was deze belangrijk. Onder de extractie zag men de scheur in de weeke deelen onrustbarend gemakkelijk tot stand komen, zoodat men denken kon aan een ontploffing, een uiteenspatten der weefsels. Onder open wondbehandeling (geen hechtingen, frequente irrigaties, omslagen met sol. Burowi) genas de wond boven verwachting goed, zoodat er later slechts een weinig omvangrijke plastiek noodig was, om de schade geheel te herstellen.

Mocht een andermaal een dergelijk uitgebreid haematoom wederom aanleiding geven tot het termineeren der verlossing, dan zou het ongetwijfeld beter zijn te beginnen met een flinke, diepe, lange incisie door het beschadigde weefsel, daarna de vrucht uit te halen, daarop de bloedstolsels uit het celweefsel te verwijderen, de wond met

jodoformgaas te tamponneeren en haar secundair te hechten na het verdwijnen van het oedeem, en nadat gebleken was, dat de vrouw vrij was gebleven van infectie. Immers, al is ditmaal alles goed afgeloopen, men moet erkennen, dat hierbij toch meer aan het toeval is overgelaten geworden, dan met een besef van verantwoordelijkheid in overeenstemming is te brengen.

19 Multiparae.

IX. N°. 158 (1899), 28-jarige II para. De forcipale extractie geschiedde wegens asynclitismus anterior bij halve indaling van het hoofd, a. l. terzij, volkomen ontsluiting, weeënzwakte en lichte bekkenvernauwing. Patiënte leerde eerst op 4-jarigen leeftijd loopen; 1e partus ging spontaan, doch duurde zeer lang. Buiten narcose werd onder sterk trekken het achterhoofd naar l. v. gedraaid en een meer dan middelmatig zwaar kind geëxtraheerd. Kraambed goed.

X. N°. 467 (1899), 35-jarige IX para. Afloop vorige partus goed. 's Avonds om 8 uur braken de vliezen bij een gulden ontsluiting, weeën den geheelen nacht zwak, den volgenden ochtend om 10 uur werd gediagnostiseerd asynclitismus anterior, geen fontanellen te voelen, zoo goed als volkomen ontsluiting, promontorium met 3 vingers niet, met de halve hand wel te bereiken, groot kind. 's Avonds om 6 uur toestand dezelfde. Moeder pijnlijk, kind goed. Besloten werd tot versie. Toen bleek er een te sterke rekking van de achterste helft van 't onderste uterussegment te bestaan, en werd van versie afgezien en de forceps geappliceerd. Deze werd dwars aangelegd, het hoofd voorbij het promontorium getrokken, de forceps afgenomen en thans opnieuw aangelegd in de r. sch. afmeting, (kl. font stond rechts) en 't hoofd geëxtraheerd. Het kind, dat niet asphyctisch was, vertoonde een necrotisch plekje ten grootte van een dubbeltje op het r. wandbeen en een diepe deuk van 't promont. afkomstig. Het kind woog 4.4 K. G. Puerperium ongestoord.

XI. N°. 605 (1899), 28-jarige II para. Bij den 1en partus werd spontaan een dood kind geboren, dat volgens de moeder onvoldragen, volgens den practicant voldragen was. Bij dezen 2en partus werd ongeveer 8 uur na het begin der weeën door den practicant assistentie gevraagd. Er bleek toen te bestaan hoofdligging, hoofd beweeglijk op den ingang, asynclitismus posterior, kl. fontanel links, promontorium gemakkelijk te bereiken, vliezen gebroken. Daar de eerste partus spontaan was verloopen, de weeën krachtig waren, de toestand van moeder en kind goed, wordt besloten af te wachten.

Hoewel op verschillende wijzen (liggen op zij, Walcher'sche ligging, uitwendige druk) beproefd wordt de indaling tot stand

te brengen, is 15 uur na het begin van den partus ondanks krachtige weeën van indaling nog geen sprake. Voor **C. D.** wordt gevonden **10$^1/_4$**, als **C. V.** aangenomen **8½ cM.** De bekkenuitgang blijkt niet vernauwd, de linea innominata is overal te volgen, het sacrum is concaaf. De harttonen zijn intusschen onregelmatig, traag en zwak geworden. In aanmerking nemende, dat het kind stervende is, — forceps of versie of sectio caesarea dus geen levend kind belooft, — en per vaginam een onverkleind kind niet dan met groote moeite zal kunnen passeeren, wordt besloten tot perforatie. Deze wordt in narcose verricht en verloopt zeer gemakkelijk. Toestand van de moeder goed. Kraambed ongestoord. Advies aan de moeder om bij een volgende graviditeit partus arte praematurus te laten opwekken [1]).

XII. N°. 279 (1899), 38-jarige VIII para. Bij den vorigen partus was het kind dood geboren wegens uitzakking van de navelstreng. De weeën waren bij patiënte steeds zeer zwak. Ook deze partus begon met zeer zwakke weeën, terwijl bij 't eerste onderzoek van den practicant 1e pos. hoofdligging werd gediagnostiseerd bij 2 vingers ontsluiting. 24 uur later was de ontsluiting nog maar zeer weinig toegenomen, de weeën waren echter sterk en na ruim een uur braken de vliezen. Toen werd gevonden, dat het hoofd naar links was afgeweken, terwijl rechts een krachtig pulseerende navelstreng was uitgezakt. De practicant reponeerde de navelstreng en verzocht assistentie; bij onderzoek werd toen weer de navelstreng gevoeld, bij 4 vingers ontsluiting, terwijl het promontorium bereikbaar was (**C. D.** bleek later **12 cM.**). Wederom werd gereponeerd, het hoofd op den ingang gefixeerd en de vrouw op de linkerzij gelegd. Na een half uur was wederom het hoofd sterk afgeweken. Thans werd tot versie besloten, die bij een ontsluiting van 3—4 vingers geschiedde 7 uur na het eerste uitzakken van de navelstreng en het breken der vliezen. Weeën waren steeds absent; harttonen goed, zoolang niet aan het hoofd gemanipuleerd werd. Bij de versie, in narcose, werden beide voetjes afgehaald en het kind terstond geëxtraheerd. Het kind, dat wit asphyctisch ter wereld kwam, was niet bij te brengen. De placenta werd ongeveer 15 minuten p. partum manueel verwijderd wegens tamelijke haemorrhagie. Afloop voor de moeder verder goed. De afloop voor

---

[1]) Deze is met goeden afloop geschied; het kind echter voerde gedurende eenige maanden een ellendig bestaan en stierf. Voor de volgende grav. werd S. C. aangeraden indien de baring à terme niet spontaan mocht tot stand komen; de vrouw bedankte echter voor de hulp der polikliniek, besloot ditmaal alles aan de natuur over te laten en . . . . beviel Sept. 1901 spontaan zeer gemakkelijk van een voldragen, doch klein kind, dat thans nog zeer welvarend is!

het kind zou vermoedelijk beter zijn geweest, zoo er geen poging tot repositie was verricht, doch zoo spoedig mogelijk versie, de uitdrijving dan verder aan de weeën overlatende.

XIII. N°. 624 (1899), 33-jarige IV para. De vorige 3 partus zijn alle forcipaal getermineerd. Een kind is nog in leven, een ander werd 8 maanden oud, het derde heeft slechts enkele oogenblikken geleefd. Patiënte was ongeveer 24 uur in partu, met weeën, die eerst in de laatste uren krachtiger en frequenter werden, toen het vruchtwater afliep. De semi-arts, die in consult ontboden was, constateerde uitwendig 1e pos. hoofdligging, — harttonen niet te hooren. Bij inw. onderzoek werd gemakkelijk het promontorium bereikt (C. D. bleek 11—11.5), — de pijlnaad verliep dwars bij de symphysis, — hoofd buiten de weeën beweeglijk op den bekkeningang, — ontsluiting 6 cM. De ontboden assistent constateerde behalve den asynclitismus post. een uitgezakte pulseerende navelstreng, welke hij te vergeefs trachtte te reponeeren. Onregelmatige harttonen frequentie van 60—70. Op grond van den prolapsus funiculi, het platte bekken en den asynclitismus, werd besloten versie te doen. De versie en navolgende extractie, in narcose, verliepen uiterst moeilijk. Het hoofd werd door Smellie—Veit's handgreep gecombineerd met expressie plotseling met kracht naar buiten gedreven. Er was geen ruptuur, daar de vrouw, dank zij de vorige moeilijke partus, geen perineum meer had. Het kind, dat groot was, leefde niet meer. Afloop voor de moeder goed.

XIV. N°. 109 (1899), 33-jarige II para. De vorige partus werd wegens vernauwing van den bekkenuitgang en kruinligging forcipaal getermineerd. Er werd een dood kind van 4.35 KG. ter wereld gebracht, terwijl de vrouw een ruptura perinei completa kreeg, die tweemaal is gehecht.

Voor dezen partus werd assistentie gevraagd, daar 10 uren na 't begin der weeën het hoofd nog beweeglijk op den ingang stond bij 3 cM. ontsluiting, afgeloopen vruchtwater met kruinligging 1e pos. Weeën waren zeer goed, harttonen evenzoo. 26 uur na 't begin van den partus wordt het hoofd onbeweeglijk in den ingang gevonden. Diagnose: *voorhoofdsligging*, kin l. v. Promontorium te bereiken. Daar het hoofd indaalde en vast scheen te staan werd besloten af te wachten. 32 uur na 't begin van den partus was de toestand onveranderd en werd besloten tot aanleggen van de tang of, zoo dit niet gelukte, tot perforatie. In narcose bleek het hoofd nog terug te dringen en werd daarom liever versie beproefd. Deze zoowel als de opvolgende extractie waren moeilijk; vooral de extractie van het nakomend hoofd, dat met veel moeite volgens Smellie—Veit en expressie werd geboren, met een ruk naar buiten

schoot en een totale ruptura perinei veroorzaakte. Het kind vertoonde wel teekenen van leven, maar kon niet worden bijgebracht. De ruptuur, die tot in den sphincter reikte, werd met 3 diepe zilverdraadhechtingen en eenige zijden hechtingen gesloten 17 uur post partum. Het kind woog 3.6 KG. Aan de moeder werd de raad gegeven bij een volgende graviditeit partus arte praematurus te laten opwekken.

XV. N°. 917 (1900), 32-jarige II para. De eerste partus was spontaan en zeer vlug verloopen, zonder dat er aanleiding was geweest om aan bekkenvernauwing te denken. Door den practicant werd bij deze 2e baring bij volkomen ontsluiting en staande vliezen *aangezichtsligging* gevonden; het hoofd was nog beweeglijk boven den bekkeningang, de weeën zeer krachtig en frequent. Bij een volgend onderzoek braken de vliezen en zakte een arm uit, die echter terstond weer gereponeerd werd, terwijl tevens werd waargenomen dat er thans *voorhoofdsligging* bestond. Het promontorium was uiterst gemakkelijk te bereiken; de **C. D.** bedroeg slechts **9¹/₄ cM.**! Het sacrum was in dwarse richting convex, het bekken kort, de uitgang wijd. Daar bij een volgend onderzoek de voorhoofdsligging op haar beurt was overgegaan in A. a. l. dw. en onder invloed der enorm krachtige weeën het hoofd neiging vertoonde in te dalen, werd besloten vooralsnog af te wachten, met gevolg dat in een paar uur tijds het hoofd geboren werd. De geheele baring had slechts 7 uur geduurd! Het kind woog 3.35 KG. De bipar. afmeting bedroeg 9, de bitemp. 8 cM. Het linker wandbeen was afgeplat, het achterhoofd lang.

XVI. N°. 935 (1900). 35-jarige VII para. Hoewel de **C. D. 11 cM.** bedroeg, waren al de vorige partus, op één na waarbij kunsthulp was verleend, spontaan verloopen. Ook deze 7e baring, die 12 uur duurde, gaf geen moeilijkheden; het kind werd in A. a. l. v. geboren.

XVII. N°. 964 (1900), 28-jarige III para. Bij de eerste bevalling werd de vrouw met de tang verlost van een dood kind. Wegens dezen slechten afloop en in verband met de bekkenvernauwing — **C. D. 11 cM.** — werd patiënte aan het eind der 2e zwangerschap in het ziekenhuis ter observatie opgenomen; de baring verliep echter natuurlijk. Ook de derde maal werd het kind spontaan geboren, in A. a. l. v. Het duurde echter lang vóórdat het hoofd begon in te dalen, hoewel er reeds eenigen tijd volkomen ontsluiting bestond. De baring duurde in haar geheel 14 uur.

XVIII. N°. 69 (1900). 35 j. VIII para. Alleen de VIIe bevalling verliep spontaan, bij de zes vorige werd steeds kunsthulp verleend, echter zonder instrumenten. Door den practicant wordt 's morgens te 9 uur gevonden A. a. r. dw. met sterken asynclitismus ant., hoofd

beweeglijk in den bekken-ingang, 5 c.M. ontsluiting, vruchtwater zou vóór 2 uur afgeloopen zijn, goede weeën, moeder en kind goed.

Bij herhaald onderzoek blijkt, dat bij druk op den fundus het hoofd iets indaalt en de pijlnaad naar voren komt. Er wordt besloten af te wachten. Sedert 3 uur n.m. beginnen de weeën te verminderen. 's Avonds 8 uur wordt gevonden A. a. r. dw., doch thans bijna half ingedaald bij volkomen ontsluiting, terwijl de asynclitismus opgeheven is.

Wegens de onvoldoende weeën en den langen duur der baring bij de bestaande bekkenvernauwing wordt besloten tot forcipale extractie. In narcose wordt de linker lepel l. v., de rechter r. a. ingebracht. Het kind, van iets meer dan gemiddelde grootte, was weinig asphyctisch, en kwam spoedig bij; is echter na 3 dagen overleden (oorzaak?). Placenta na ½ uur geëxprimeerd. Het hoofd van 't kind was tengevolge van de baring zeer asymmetrisch. Het cap. succ. was op 't l. parietale; het r. par. en front. waren geschoven onder de linker dito; er was een infractie van 't r. parietale en een lichte decubitus 2 vingers achter de sutura coronalis (promontorium). Bekkenmaten der moeder ontbreken. De temperatuur steeg in 't kraambed een enkele maal tot 38.°2. Afloop overigens goed.

XIX. N°. 389 (1900). 35 jarige III p. De vroedvrouw verzocht hulp, daar het hoofd niet wilde indalen. Beide vorige baringen hadden een goed, snel beloop, hoewel er flinke kinderen geboren werden. Deze partus daarentegen had reeds ongeveer 2 dagen geduurd, toen de practicant onderzocht en vond A. a. r. dw., nagenoeg volkomen ontsluiting, promontorium te bereiken, weeën goed, het kind groot. **C. D. 11.25**; spinae ant. sup. 25, cristae 29. Het bekken was dus plat vernauwd.

In aanmerking genomen de afloop der vorige baringen en de goede weeën wordt besloten tot afwachten en rechter zijligging.

Na een paar uur bleek de toestand nog onveranderd, behalve dat een duidelijke contractiering aanwezig was, vier vingers boven de symphysis; er was echter geen gevaarlijke rekking van het onderste uterussegment. De harttonen waren goed; meconium liep reeds sedert verscheidene uren af.

Het was duidelijk, dat hier geen spontane baring zou plaats vinden. Voor keering was het te laat; de afloop der vroegere baringen deed hopen, dat een forcipale extractie niet al te moeilijk zou wezen. Tot dit laatste werd dus besloten. In narcose werd de tang dwars aangelegd; de tang was sterk naar beneden gericht; het slot stond in de vulva. Na krachtig trekken passeert het hoofd den bekkeningang; de tang wordt in de bekkenholte afgenomen en

opnieuw aangelegd met den linker lepel links vóór, den rechter rechts achter, het achterhoofd naar rechts gedraaid en geëxtraheerd.

Het kind was licht asphyctisch, doch kwam spoedig bij. Het woog 3.9 K.G. Rechts bestond facialis-paralyse; het rechter wandbeen was afgeplat; het linker convex. Neemt men in aanmerking, dat de biparietale afmeting 10 en de lengte der C. V. ongeveer 9½ c.M. bedroeg, dan begrijpt men dat een indaling van het hoofd met de kleine fontanel het diepst minstens zeer ongunstig was te noemen.

De placenta werd na ³/₄ uur door Crédé's handgreep verwijderd. Toestand van moeder en kind goed. Kraambed ongestoord.

XX. N°. 590 (1900). 42-jarige XI para. Van de voorafgaande 10 bevallingen, waren 2 met de tang getermineerd, bij een bestond dwarsligging en bij een ander placenta praevia.

Voor dezen partus verzocht de vroedvrouw assistentie, daar de baring hoegenaamd niet vorderde, hoewel er sedert ± 15 uren weeën waren. Het vruchtwater was reeds lang afgeloopen.

De diagnose wordt gesteld op A. a. l. dw., het hoofd vast in den bekkeningang. De **C. D.** bedraagt **11 cM.**; de **C. V.** wordt geschat op **9 cM.** Daar de toestand van moeder en kind en de weeën goed zijn, wordt besloten eenigen tijd de baring te observeeren. Na 3 uur wachtens is het hoofd in A. a. l. dw. ongeveer half ingedaald en vaststaand; er bestaat echter asynclitismus post; het promontorium is nog om het hoofd heen te bereiken. De contractiering staat handbreed boven de symphysis; het onderste uterussegment is echter niet sterk gerekt. Harttonen goed.

Het langdurige oponthoud, in weerwil van goede weeën, door de bekkenvernauwing veroorzaakt, geeft indicatie tot kunsthulp. Daar het hoofd vaststaat, het vruchtwater reeds geruimen tijd is afgeloopen, de contractiering vrij hoog staat, is versie niet aangewezen en wordt besloten tot forcipale extractie.

In narcose wordt de l. lepel links sterk achter, de r. sterk naar voren aangelegd; het slot der tang ligt bijna in de vulva; het handvat wijst naar links en beneden. Na krachtig trekken in benedenwaartsche richting passeert het hoofd met een rukje den ingang en wordt verder gemakkelijk geëxtraheerd, waarbij het perineum een kleine oppervlakkige centrale ruptuur krijgt. De placenta wordt na 20 min. geëxprimeerd.

Op beide wandbeenderen van 't kind is een decubitusplek, het sterkst is die van het promont. op het l. parietale. Afstand van beide decubitusplekken bedraagt 9 c.M. De symphysis-indruk op het r. par. is van den pijlnaad 5 c.M. verwijderd, die van het promontorium 7 c.M., zoodat de asyncl. post. hieruit ten duidelijkste blijkt. Het linker pariet. is geschoven onder het rechter; tangindruk over

rechter frontale. De biparietale afmeting bedraagt $9^3/_4$, de bitemporale $8\frac{1}{2}$ c.M.

De extractie geschiedde te 1 uur n.m. Te 6 uur werd de practicant ontboden wegens heftige pijnlijkheid der vrouw. Het bleek dat het perineum vast aanvoelde, er was echter geen oedeem; per anum wordt ongeveer 5 c.M. hoog een pijnlijke zwelling gevoeld, die het rectum bijna geheel dichtdrukte. Diagnose: haematoom; rust, compressen met sol. Burowi en linker zijligging worden aanbevolen. 's Avonds 10 uur was het haematoom ook uitwendig zichtbaar; het strekt zich uit over het geheele r. labium majus tot 5 c.M. achter den anus. De pijn is verdwenen, algemeene toestand goed. Dit bleef zoo de eerste 4 dagen post partum. Daarna kwam er weer pijn en een plotselinge profuse bloeding. Het haematoom bleek in de vagina geperforeerd. Daar pat. bovendien een paar avonden 38°—38.5° C. had, werd ze naar het ziekenhuis getransporteerd, waar de holte geledigd werd en opgevuld met jodoformgaas. De holte was ruim vuistgroot en verkleinde zich verder spoedig.

XXI. N°. 771 (1900). 42-jarige XIII para. Tweemaal heeft patiënt een abortus gehad, de overige bevallingen verliepen goed. 's Morgens om 7 uur constateerde de practicant A. a. r. dw., het hoofd onbeweeglijk in den bekkeningang; het promontorium was te bereiken; **C. D.** werd gemeten **11**, en daaruit eene **C. V.** berekend van **$9\frac{1}{2}$ cM.** 's Avonds om 7 uur was de ontsluiting nagenoeg volkomen geworden, het hoofd wat ingedaald, het achterhoofd naar voren gedraaid, doch het promontorium om het hoofd heen nog te bereiken. Daar de vrouw vermoeid was, de weeën slecht waren en de baring weinig vorderde, werd besloten forcipale extractie te verrichten. De tang werd in narcose dwars aangelegd en zonder moeite het kind geëxtraheerd. De biparietale afmeting bedroeg 10, de bitemporale $8\frac{1}{2}$ c.M. Toestand van moeder en kind p. p. goed. Kraambed eveneens.

XXII. N°. 912 (1900). 34-jarige VII para. De vorige bevallingen zijn natuurlijke geweest; het laatste kind kwam in stuitligging, zonder moeite, ter wereld. Bij dezen 7en partus werd de diagnose gesteld A. a. r. dw., sterke asynclitismus anterior, caput in den bekkeningang, promontorium met veel moeite te bereiken (niet gemeten). In 't begin der baring waren de vliezen gebroken, terwijl in den loop van een 10 tal uren het caput wel vast stond, doch niet indaalde. De weeën waren goed. Daar steeds duidelijker bleek, dat een spontane baring hier niet te verwachten was, werd besloten tot forcipale extractie, die in aanmerking genomen de slechts geringe vernauwing en den goeden afloop der vorige partus niet moeilijk kon wezen.

In narcose werd de tang dwars aangelegd en zonder veel moeite het hoofd in de holte getrokken. Bij onderzoek blijkt thans naast het hoofd de navelstreng uitgezakt. De tang wordt daarom snel weer ingebracht, de linker lepel links sterk naar voren, de rechter sterk naar rechts achter en een groot, levend kind geëxtraheerd, waarvan de biparietale afmeting bedroeg 10.5, de bitemporale 9.5 c.M. Aan het hoofd, dat zeer hard was, werden verder geen bijzonderheden opgemerkt. De placenta werd na ½ uur uit het O. U. S. geëxprimeerd. Toestand der moeder p. p. en in 't kraambed goed.

XXIII. N°. 401 (1900), 35-jarige V para. Hier werd gevonden A. a. l. dw., asynclitismus anterior, hoofd $^1/_2$ ingedaald, beweeglijk groote fontanel dieper dan de kleine, **C. D. 11.5 à 12**, **C. V.** geschat op ± **10 cM.** Onder de vorige partus was één forcipale, de overige drie waren spontaan verloopen. Moeder en kind waren goed, de weeën krachtig. Er werd besloten tot afwachten en de vrouw op de rechter zij gelegd. Dit gaf echter weinig resultaat, evenmin een poging om in Walcher's ligging het hoofd door den ingang te drukken. Het bleek ten slotte, dat een natuurlijke baring niet te verwachten was, en aangezien er geen ernstige wanverhouding tusschen hoofd en bekken kon bestaan, werd gemeend dat de forcipale extractie geen al te groote moeilijkheden zou opleveren.

Intusschen dit viel tegen. Nadat in narcose de tang dwars was aangelegd, gelukte het ondanks de grootste krachtsinspanning niet het hoofd door den bekkeningang te trekken. De harttonen bleven goed en daar het hoofd in de diepe narcose nog teruggeduwd kon worden, werd keering beproefd. Dit gelukte vrij gemakkelijk, ook de extractie van den romp en de ontwikkeling der armen veroorzaakten niet veel moeite. Doch het hoofd, hoewel het dwars in den ingang stond met de bitemporale afmeting, zoo goed als doenlijk was, in de conj. vera, wilde zelfs in Walcher'sche ligging niet volgen. Eerst na langdurige, kolossale krachtsinspanning schoot het plotseling door den ingang en werd verder gemakkelijk geëxtraheerd.

Het spreekt vanzelf, dat niet anders dan een dood kind verwacht werd; doch o wonder, het schreeuwde oogenblik luidkeels en vertoonde van de geforceerde extractie niets anders dan een rechter facialis-paralyse en lichte indrukken van de tang op het rechter frontale. Links van de groote fontanel was een indruk van het promontorium zichtbaar. De bipar. afmeting bedroeg 10, de bitemporale 8.5 cM.

De goede afloop der vorige baringen, de geringe ingangsvernauwing van het overigens ruime bekken, de betrekkelijk gunstige stand van het hoofd (groote fontanel het diepst) deden de prognose

te gunstig stellen. Beter ware het geweest, indien de versie het eerst was verricht. Kraambed koortsvrij.

XXIV. N°. 595 (1900), 28-jarige III para. Het 1e kind werd dood geboren na versie en extractie wegens uitgezakte navelstreng bij hoofdligging.

Bij de 2e bevalling werd patiënte van een levend kind verlost door hooge tang wegens asynclitismus anterior. Bij dezen partus bestaat dwarsligging, rug achter, hoofd links; de portio is nog niet verstreken, het ostium voor 2 vingers toegankelijk; de vochtblaas is te voelen, weeën zeer gering. **C. D.** wordt gemeten **10 cM.**, de **C. V.** hieruit berekend op **8 cM.**, daar het promontorium hoog staat. De afstand der spinae is 25, cristae 28, trochanteren 31, Baudelocque meet 18 cM. Het bekken is dus een plat vernauwd; teekenen van rhachitis zijn niet te vinden, ook niet in de anamnese. Therapie: rechter zijligging, afwachten tot volkomen ontsluiting, alsdan keering op den voet. De weeën worden allengs sterker en na weinig uren wordt volkomen ontsluiting gevonden; de vliezen staan nog. In narcose wordt thans met de linkerhand keering verricht en het rechter voetje afgehaald. Daar de ontsluiting volkomen was wordt de extractie onmiddellijk aangesloten. De extractie van romp en armpjes kost geen moeite, wel die van het hoofd dat door Smellie–Veit's handgreep met behulp van krachtige expressie geboren werd. Het hoofd stond daarbij dwars in den ingang en de kin was dadelijk te bereiken. Het kind kwam asphyctisch ter wereld en kon ondanks langdurige pogingen niet in het leven worden teruggeroepen. De hoofdmaten van het kind waren: bipar. 9 5, bitemp. 8, mento-occip. 12, fronto-occip. 11, suboccipito-bregm. 9. De bitemporale afmeting kwam dus juist overeen met de vera. Toestand der moeder p. p. en in 't kraambed goed. Bij een volgende graviditeit zal het wenschelijk zijn bij deze vrouw partus arte praematurus in ernstige overweging te nemen; in dien zin is dan ook aan patiënte geadviseerd [1]).

XXV. N°. 734 (1900), 38-jarige III para. De eerste zwangerschap is geëindigd met een abortus, de tweede met versie en extractie wegens uitgezakt handje (bij dwarsligging?). Bij deze 3e baring bestond linker schouderligging, rug achter; het l. armpje uitgezakt buiten de vulva, blauw en zonder eenige beweging, de weeën waren krachtig, harttonen nergens waar te nemen. De vliezen waren volgens de vroedvrouw kort vóór de komst van den practicant gebroken, nadat de vrouw reeds vier dagen krampen had gehad.

---

[1]) Deze volgende graviditeit heeft niet lang op zich laten wachten. Pat. gaf er echter de voorkeur aan tehuis de baring à terme te laten afloopen, hetgeen geschiedde (Januari 1902) met geheel denzelfden uitslag als de vorige maal.

Het bleek bovendien, dat het bekken vernauwd was, er was een **C. D.** van **11 cM.** Daar de ontsluiting voldoende was, werd onmiddellijk in narcose tot keering overgegaan, nadat om den uitgezakten arm een lis was gelegd. Uitwendig was van een contractiering niets waar te nemen, in utero zooveel te meer; want het kostte veel geduld en tijd het hoofd door den contractiering heen naar boven te duwen, vooraleer het mogelijk was een voetje af te halen. Nadat dit gelukt was, verliep de bewerking verder voorspoedig; ook de extractie van het hoofd veroorzaakte geen moeilijkheden. Zooals reeds blijkens het uitwendig onderzoek vermoed werd, kwam het kind dood ter wereld. De patiënte had ongeveer 50 gram chloroform verbruikt en verloor p. p. veel bloed, zoodat na de geboorte der placenta een paar kamferspuitjes noodig waren, waarop de algemeene toestand spoedig beter werd. In 't kraambed geen stoornis. Hier was klaarblijkelijk te laat hulp ingeroepen.

XXVI. N°. 857 (1900), 26-jarige IV para. De eerste partus verliep traag doch natuurlijk, daarna volgde tweemaal een abortus. Voor deze baring verzocht de vroedvrouw assistentie wegens uitzakking van de navelstreng bij hoofdliggng. Bij onderzoek bleek het hoofd beweeglijk boven den bekkeningang, een ontsluiting van ongeveer 3 cM. en een lus van de navelstreng, goed pulseerend ook tijdens een wee, in de vagina. Het bekken bleek bovendien vernauwd: de **C. D.** bedroeg **10.75 cM.** De uitgezakte navelstreng maakte de keering noodzakelijk. Deze werd in narcose verricht; twee vingers van de linkerhand drongen daartoe in den uterus en bereikten, na hoofd en navelstreng te hebben weggeduwd, zeer gemakkelijk een voetje. Dit werd buiten de vulva getrokken, waarbij niet verhinderd kon worden, dat de navelstreng wederom uitzakte. Deze pulseerde onrustbarend langzaam, 75 per minuut. De weeën traden spoedig, hoewel niet krachtig, op. Aan het voetje werd niet getrokken; integendeel werd het been tijdens een weeënpauze teruggeduwd, teneinde de navelstreng te beschermen. Het kind werd vrij spoedig tot aan de schouders geboren, doch de pulsaties van de navelstreng waren intusschen opgehouden. De beide armen werden gemakkelijk ontwikkeld en het dwars in den ingang staande hoofd werd in Walcher's ligging met veel moeite geëxtraheerd met Smellie—Veit's handgreep, gecombineerd met expressie. De biparietale afmeting bedroeg 9.5, de bitemporale 8.5. De navelstreng was ruim 1 meter lang. De placenta werd na ½ uur spontaan geboren. Toestand der moeder p. p. en in 't kraambed goed. Aan patiënte werd de raad gegeven bij een volgende zwangerschap partus arte praematurus te laten opwekken.

	No.	Leeftijd.	Para.	Afloop vorige baringen.	Bekken.	Duur der baring.	Positie van het kind.
IX	158 (1899)	28 j.	II	Spontaan, lange duur.	Lichte bekkenvernauwing.		A. a. l. dw. asynclit ant.
X	467 (1899)	35 j.	IX	Goed.	Lichte bekkenvernauwing.		A. a. r. dw. asynclit ant.
XI	605 (1899)	28 j.	II	Spontaan; onvoldragen, dood kind.	C. D. $10^1/_4$ C. V. $8^1/_2$ lin. innom. te volgen; sacrum concaaf.	⟩ 15 uren.	A. a. l. dw. asynclit post.
XII	279 (1899)	38 j.	VIII	Laatste keer prolaps. funic.	C. D. 12 cM.	⟩ 30 uren.	Afgeweken hoofdl prolaps funic.
XIII	621 (1899)	33 j.	IV	Alle forcipaal.	C. D. 11—11.5.	⟩ 24 uren.	A. a. l. dw. Asynclit. post prolaps. funic.
XIV	109 (1899)	33 j.	II	Vorige forcipaal, groot, dood kind (4.35 KG.	Sp. 25.5, Cr. 28, C. B. 19 Spin. post sup. 9, omtr. 100 C. D. 10.75. C. V. 9 Sacrum convex in beide richtingen. Linea innom. geheel te volgen.	⟩ 32 uren.	V. k. l. v.
XV	917 (1900)	32 j.	II	Spontaan, vlug.	Sacrum in dwarse richting convex. Uitgang wijd, bekken laag C. D. $9^1/_4$	7 uren.	Eerst Aa. uitgezakte arm. Na repositie arm A. a. l. dw.
XVI	935 (1900)	36 j.	VII	1 maal kunsthulp.	C. D. 11.	12 uren.	A. a. l. v.
XVII	964 (1900)	28 j.	III	1e forcip. † 2e spont. levend.	C. D. 11.	14 uren.	A. a. l. v.
XVIII	69 (1900)	35 j.	VIII	6 × kunsthulp. 1 × spontaan.	Sp. 29.25, Cr. 31 75. C. B. 20, Sp. post. sup. ⟨ 9 omtrek 102. C. D. 11.25. C. V. 9.25	12 uren.	A. a. r. dw. Asyncl. anter.
XIX	389 (1900)	35 j.	III	Spontaan; levend.	Sp. 25 Cr. 29. C. D. $11^1/_4$	2 dagen.	A. a. r. dw.
XX	590 (1900)	42 j.	XI	2 × forceps 1 × dwarsl. 1 × plac. praev.	C. D. 11.	18 uren.	A. a. l. dw. Asyncl. post.
XXI	771 (1900)	42 j.	XIII	2 abortus, andere goed.	C. D. 11.	⟩ 12 uren.	A. a. r. dw.
XXII	912 (1900)	34 j.	VII	1 × stuitligging alle goed.	Prom. even te bereiken, achter het hoofd om.	⟩ 10 uren.	A. a. r. dw. Sterk asyncl. ant
XXIII	401 (1900)	36 j.	V	1 × forcipaal, andere spontaan.	C. D. 11.5.		A. a l. dw. Asyncl. ant.
XXIV	595 (1900)	28 j.	III	1e Versie † 2e Tang, levend	C. D. 10 C. V. 8 Sp. 25, Cr. 28, C. ext. 18.		Dwarsligging. Rug achter. Hoofd links.
XXV	734 (1900)	38 j	III	1e abortus. 2e versie.	C. D. 11.	⟩ 3 dagen.	Linker schouderligging. Rug achter.
XXVI	857 (1900)	26 j.	IV	1e spontaan 2e en 3e abortus.	C. D $10^3/_4$.		Hoofdligging. Uitgezakte navelstreng.
XXVII	779 (1900)	32 j.	VI	3 × forceps, 1 × versie.	Prom. te bereiken.		Volkomen voetligging.

oestand van het kind.	Maten van het kind.	Beloop der baring.	Kraambed.
Levend.	) Middelmatig.	*Forceps;* hoofd half ingedaald, weeënzwakte, ongunstige stand hoofd.	Ongestoord.
Levend.	4.4 Kg.	Poging tot versie opgegeven wegens te sterke rekking O. U. S. *Hooge tang.* Hoofd vertoont duidelijke druksporen van het bekken.	Ongestoord.
Dood.	?	*Perforatie* van het stervende kind.	Ongestoord.
Dood.	?	*Versie en extractie* (versie is te laat verricht).	Ongestoord.
Dood.	? Groot.	*Versie en extractie*, zeer moeilijk.	
	3.6 Kg.	Versie en extractie, zeer moeilijk. Rupt. perin. compl.	Ongestoord.
Levend. inker wandbeen plat.	D. B. P. 9 D. B. T. 8 Gew. 3.35	*Spontaan.*	Ongestoord.
Levend.		*Spontaan.*	Ongestoord.
Levend.		*Spontaan.* Hoofd bleef bij volkomen ontsluiting lang op den ingang staan.	Ongestoord.
Levend. echter pariet. en ontale onder lin- r geschoven. In- actie rechter pa- tale. Decubitus op chter wandbeen.	Meer dan middelmatig.	Eerst krachtige weeën, daarop stilstand. Hoofd half ingedaald. *Tang.*	Licht febriel.
Levend. echter wandbeen afgeplat.	D. B P. 10 Gew. 3.9 Kg.	Vroedvrouw-consult. $^1/_3$ Ingedaald, vast, kleine fontanel het diepst. *Tang.* (Groote krachtinspanning).	Ongestoord.
evend. Decubitus beide wandbeenderen. nderlinge afstand 9 cM.	D. B. P. $9^3/_4$ D. B. T $8^1/_2$ Flink kind.	Vroedvrouw-consult: Vruchtwater lang afgeloopen. Na nog 3 uren wachtens hoofd half ingedaald. *Tang.*	6 uren p. p. groot haematoma vaginae. Later doorbraak; genezen.
Levend.	D. B. P. 10 D. B. T. $8^1/_2$	Wegens stilstand der baring bij bijna half ingedaald hoofd *Tang.*	Ongestoord.
Levend.	D. B. P. 10.5 D. B. T. 9.5 Flink kind.	Vruchtwater vroeg afgeloopen. Wegens stilstand der baring *Tang*, waarbij navelstreng uitzakt.	
Levend. druk van pro- ont. links van de roote fontanel.	D. B P. 10 D. B. T 8.5 Middelmatig.	Hoofd $^1/_3$ ingedaald, bewegelijk, groot fontanel dieper dan kleine. Indrukken in Walcher's ligging zonder resultaat. Na uren afwachten *Tang*, waarmede de extractie *niet* tot stand gebracht kon worden. Daarna *keering.* Zeer moeilijke extractie van 't nakomend hoofd. (Over de kunstfout zie verslag).	Ongestoord.
Dood.	D. B. P. 9.5 D. B. T. 8 D. m. occ. 12 D. fr. occ. 11 D. s. occ. br. 9	Bij volkomen ontsluiting en staande vliezen. *Keering* op den voet. Moeilijke extractie.	Ongestoord.
Dood.		Vroedvrouw-consult. Uitgezakte arm, bijna volkomen ontsluiting, geen harttonen. *Keering.* Contractiering bemoeilijkt de keering, uithaling gemakkelijk.	Ongestoord.
Dood.	D. B. P. 9.5 D. B. T. 8.5	*Keering* en langzame uithaling; nakomend hoofd met groote moeite door den ingang getrokken.	Ongestoord.
Dood.		Spontane geboorte van den romp. Moeilijke *uithaling* armen en nakomend hoofd.	Ongestoord.

XXVII. N°. 779 (1900), 32-jarige VI para. Onder de vorige baringen waren er drie forcipaal getermineerd en een door versie. Bij dezen partus bestond volkomen voetligging. Door den practicant was bij het begin der baring het promontorium bereikt, de diagonalis evenwel niet gemeten. De stuit en het grootste deel van den romp werden spontaan geboren. De uitdrijving stond hierna stil, waarom verder extractie werd verricht. Deze bleek moeilijk, althans wat het afhalen van het linker armpje betreft; eerst toen dit naar achteren was gedraaid, kon het ontwikkeld worden. Het hoofd werd met Smellie—Veit's handgreep geboren. Het kind kwam asphyctisch ter wereld en kon ondanks alle moeite niet in 't leven gehouden worden.

Van de 19 multiparae met bekkenvernauwing zijn er dus 3 spontaan bevallen, n°s. XV, XVI en XVII.

Bij 2 daarvan bestond slechts een matige vernauwing, nl. **C. V.** $>$ **9.** De verlossing duurde ook niet al te lang, 14 resp. 12 uren. Bij de eene bleef het hoofd lang bewegelijk op den bekkeningang staan. Beide vrouwen hadden bij vroegere verlossingen ieder slechts éénmaal kunsthulp noodig gehad.

Bij n°. XV daarentegen, een II p., die de vorige maal spontaan was bevallen, kon men ditmaal geen gunstigen afloop verwachten (**C. V. 7½ cM.**). Merkwaardigerwijze veroorzaakte een voorliggende arm hier aanvankelijk een aangezichtsligging, die na repositie van den arm, in een achterhoofdsligging overging. De enorm krachtige weeën dreven nochtans het kind levend door het nauwe bekken. Het zal overweging verdienen bij een volgende zwangerschap dit bekken nog eens goed na te meten, en goed op te letten, of men hier nogmaals de bevalling à terme zal durven afwachten.

Zestienmaal is bij of door bekkenvernauwing kunsthulp noodig gebleken. In hoofdligging werden 8 kinderen, in voetligging ook 8, waarvan 7 na keering, geboren.

De vraag, of bij de baring bij bekkenvernauwing de levenskansen van het kind beter zijn bij hoofd- of bij voetgeboorte, wordt door alle verloskundigen niet eenstemmig beantwoord. Het is ook daarom van belang onze resultaten, hoe klein ons materiaal ook zij, uit dit oogpunt nader te beschouwen; in de volgende jaren zal de stof, naar wij hopen, voldoende toenemen, om met meer grond tot een oordeel over de questie te geraken.

De 8 hoofdgeboorten gaven 7 levende kinderen, de 8 voetgeboorten slechts 1! Dit treffende verschil verdient nadere ontleding.

Was de wanverhouding tusschen hoofd en bekken in de eene

groep sterker dan in de andere? Dit zou kunnen blijken *a* uit de bekkenmaten, *b* uit de maten van het kind, *c* tot zekere hoogte uit den afloop der vroegere bevallingen bij deze vrouwen.

Ad *a* Bekkenmaten:

	Hoofdgeboorten.			*Voetgeboorten.*	
N°.	IX.	Matig vernauwd.	N°.	XII.	C. V. 10
„	X.	„ „	„	XIII.	„ 9½
„	XI.	C. V. 8½—9	„	XIV.	„ 9
„	XVIII.	„ 9.25	„	XXIII.	„ <10
„	XIX.	„ 9½	„	XXIV.	„ >8
„	XX.	„ >9	„	XXV.	„ >9
„	XXI.	„ >9	„	XXVI.	„ 9
„	XXII.	?	„	XXVII.	„ ?

Deze verschillen zijn dus niet zoo in 't oog loopend, dat zij een verklaring voor de uitkomsten geven.

Ad *b* Afmetingen van 't kind:

	Hoofdgeboorten.			*Voetgeboorten.*	
N°.	IX.	> middelmatig.	N°.	XII.	?
„	X.	4.4 KG.	„	XIII.	groot.
„	XI.	?	„	XIV.	3.6 KG.
„	XVIII.	> middelmatig.	„	XXIII.	middelmatig.
„	XIX.	3.9 KG.	„	XXIV.	„
„	XX.	flink.	„	XXV.	?
„	XXI.	middelmatig.	„	XXVI.	middelmatig.
„	XXII.	> „	„	XXVII.	?

Uit deze vergelijking zou eerder blijken, dat bij hoofdgeboorten de kinderen gemiddeld grooter waren dan in de tweede groep.

Ad *c* Afloop vorige partus:

	Hoofdgeboorten.				*Voetgeboorten.*		
N°.	IX.	1 × spont.		N°.	XII.	6 × spont.	1 × kunsth.
„	X.	8 „ „		„	XIII.		3 „ „
„	XI.	1 „ „		„	XIV.		1 „ „
„	XVIII.	1 „ „	6 × kunsth.	„	XXIII.	3 „ „	1 „ „
„	XIX.	2 „ „		„	XXIV.		2 „ „
„	XX.	6 „ „	4 „ „	„	XXV.		1 „ „
„	XXI.	10 „ „		„	XXVI.	1 „ „	
„	XXII.	5 „ „	1 „ „	„	XXVII.	1 „ „	4 „ „

Van de eerste groep hadden dus 5 vrouwen, van de tweede slechts ééne vroeger nooit kunsthulp bij de verlossing noodig gehad.

Daaruit blijkt dus, dat de vrouwen, bij wie het kind met nakomend hoofd geboren werd, wat haar antecedenten betrof, in ongunstiger condities verkeerden, dan de andere groep, met hoofd-

geboorten. Daar dus ten slotte de invloed der bekkenvernauwing niet alleen van de lengte der C. V. afhangt, maar ook van de grootte der kinderen, de hardheid van hunnen schedel, den aard der weeën, de veerkracht van buik- en uteruswand, en deze factoren zich uitdrukken in de gegevens sub *c* vermeld, kunnen wij zeggen, dat de groep der stuitgeboorten de ongunstigste prognose moest opleveren voor den partus, en was het resultaat der baring dus eenigszins te verwachten Vragen wij nu, waaraan de dood van het kind te wijten was, dan zien wij, dat bij n⁰. XII, XIII en XXVI de navelstreng bij hoofdligging uitzakte; in de eerste 2 gevallen werd de daarvoor vereischte therapie te laat toegepast, zoodat het kind reeds te veel geleden had, en in het derde geval kwam de streng tijdens de extractie nogmaals te veel in de klem. Hoewel de uitzakking der navelstreng de doodsoorzaak was, mag toch niet verzwegen worden, dat bij n⁰. XIII de uithaling zoo moeilijk was (*C. V. 9.5 cM.*), dat deze alleen reeds voldoende geweest zou zijn om het leven uit te blusschen.

Bij n°. XXV was het kind reeds dood, toen onze hulp werd ingeroepen. Er blijven dus 4 partus over (n⁰. XIV, XXIII, XXIV en XXVII, met een C. V. van ?, $9\frac{1}{2}$, 8 en ?), waar de dood in 3 gevallen aan de moeilijke uithaling moest worden geweten.

Zelfs na uitsluiting dus van de gecompliceerde gevallen kunnen wij, voor ons kleine aantal waarnemingen, niet anders doen; dan de resultaten der baring met nakomend hoofd bij bekkenvernauwing slecht noemen, die bij hoofdgeboorte daarentegen (spontaan of forcipaal) uitstekend. In het algemeen hebben wij dan ook geen gebruik gemaakt van de prophylactische keering; in de gevallen van hoofdligging bij bekkenvernauwing waren wij verscheidene malen in de gelegenheid deze operatie in overweging te nemen, omdat de vrouw in behandeling kwam bij los staand hoofd. Wij hebben daar de voorkeur gegeven aan de baring in hoofdligging, en de uitkomst heeft onze verwachting bevestigd. Zoo wordt dan ook in de kliniek (in de polikliniek hebben wij uit den aard der zaak slechts zelden gelegenheid daarvoor) principieel nog in de zwangerschap of in het begin der baring het kind in hoofdligging gebracht, wanneer een andere positie wordt gevonden.

Past men nu de prophylactische keering op den voet *niet* toe, d. w. z. wacht men eerst voldoend langen tijd af, of de weeën het hoofd in den bekkeningang zullen drijven, en blijft de indaling dan uit, dan moet men bij bestaande indicatie tot het beëindigen der verlossing kiezen tusschen de therapeutische versie, de tang of meer ingrijpende therapie. Laten wij de sectio caesarea, symphyseotomie en perforatie van het levende kind buiten beschouwing, dan is de vraag dus deze: belooft een andere therapie dan keering

op den voet betere resultaten? Als wij ons nu nogmaals alleen aan onze eigen waarnemingen in dit verslag vermeld, houden, dan moet worden erkend, dat in n°. XII, XIII en XXVI de uitgezakte navelstreng de directe indicatie tot versie gaf, en de tang zeker geen beter resultaat had kunnen geven. In n°. XIV (voorhoofdsligging) had eveneens de tang hoogst waarschijnlijk geen levend kind ter wereld doen komen. In n°. XXIV en XXV (dwarsligging) en XXVII (voetligging) was keering op den voet, resp. uithaling aan den voet natuurlijk wel de eenig aangewezen weg. Daargelaten het verwijt, dat de therapie op een gunstiger tijdstip had moeten en kunnen worden toegepast, is zij toch in deze gevallen de juiste geweest. Dat daardoor levende kinderen geboren kunnen worden, behoeft niet meer bewezen te worden, en ten overvloede is n°. XXIII daarvan een sprekende illustratie; de tang, op verkeerde gronden aangelegd, bleek nutteloos, de versie daarentegen deed het kind levend ter wereld komen.

Uit onze hier medegedeelde ervaringen blijkt derhalve dit: de therapeutische keering, waartoe wij genoodzaakt waren, omdat er geen andere verdedigbare uitweg open stond, heeft zoo slechte, de baring met vooruitgaand hoofd zoo goede uitkomsten opgeleverd bij bekkenvernauwing, dat wij de hoofdligging als de meest wenschelijke moeten beschouwen, de prophylactische keering op den voet als veel gevaarlijker en de therapeutische keering op den voet — die, waartoe men *verplicht* is, omdat aan de baring een einde moet worden gemaakt — als een somtijds onvermijdelijke, dus noodzakelijke therapie, die dikwijls een noodzakelijk kwaad blijkt te zijn.

Tot hiertoe hebben wij alleen gesproken van de gevaren voor het kind. Over die voor de moeder kunnen wij kort zijn. In de hand van den geoefenden verloskundige is, ook bij bekkenvernauwing, noch de tang noch de versie een gevaarlijk wapen, omdat hij weet, hoe ver hij mag gaan. In de hand van den ongeoefende, van den onverstandige staat de moeder bij beide methoden aan even groote gevaren bloot. Onze kraamvrouwen met vernauwde bekkens hebben dan ook in het kraambed geen enkele stoornis van belang ondervonden.

(Om niet in herhalingen te vervallen, verwijzen wij ook naar het vroeger gepubliceerde klinisch verslag).

Weeënzwakte.

In de volgende 42 gevallen maakte weeënzwakte, somtijds gecombineerd met slechte harttonen van het kind, of uitblijven van den spildraai, ook wel met lichte temperatuursverhooging der moeder het noodig de baring te doen eindigen.

I. N°. 196 (1899). 34 jarige I para. Het eerste kind werd forcipaal geëxtraheerd wegens weeënzwakte. Na de geboorte van dit kind werd door den practicant ³/₄ uur gewacht op de uitdrijving der placenta. Toen werd gecredeerd, zonder dat er een placenta kwam; wederom werd ruim een uur gewacht en eerst nu werd de aanwezigheid van nog een kind in utero gediagnostiseerd, dat met behulp van expressie spoedig geboren werd. Het kind was zeer klein en dood. Thans werden na 20 min. de beide placentae geboren.

II. N°. 219 (1899). 22 jarige I para. Secundaire weeënzwakte gedurende minstens 4 uur bij volkomen ontsluiting, nagenoeg volkomen indaling en dwarsstand van den pijlnaad. Extractie van een groot, levend kind in narcose. Perineaal-ruptuur gehecht met 3 suturen.

III. N°. 476 (1899). 24 jarige I para. Absentie der weeën gedurende minstens 3 uren bij nagenoeg volkomen indaling en ontsluiting. Pijlnaad tusschen de dw. en l. sch.; a. r. v. Extractie, in narcose, moeilijk. Geen ruptuur. Levend kind. Koorts gedurende een 6-tal dagen; ⟨ 39.8°. Parametritis.

IV N°. 317 (1899). 33 jarige I para. Secundaire weeënzwakte gedurende minstens 2 uur. Sterk caput succ. Oedeem der vulva. Pijlnaad tusschen r. sch. en r.; a. l. v. Tamelijk gemakkelijke extractie, in narcose, van een levend kind. Ruptuur van 2 c.M. gehecht met 3 suturen.

V. N°. 74 (1899). 30 jarige I para. Volgens de vroedvrouw in de laatste 5 uur absoluut geen weeën. Pijlnaad dw., a. r. terzij. Gemakkelijke extractie, zonder narcose, van een levend kind. Kleine ruptuur, die gehecht wordt.

VI. N°. 130 (1899). 28 jarige I para. Volgens de vroedvrouw bestond sedert 2½ uur totale weeënzwakte behoudens een enkele krampwee. Pijlnaad in de r. sch., a. l. v. Harttonen ± 200 en nu en dan onregelmatig. Extractie, in narcose, van een levend kind. Ruptuur gehecht met 3 suturen.

VII. N°. 94 (1899) 30 jarige I para. Ongeveer 36 uur vóór den partus zou het vruchtwater zijn afgeloopen. Er waren flinke weeën en volkomen ontsluiting en indaling Geen diagnose gesteld omtrent de positie van het kind door het sterke caput succedaneum. Forceps tusschen dw. en l. sch. Moeilijke extractie (met of zonder narcose?) van een levend kind. Ruptura perinei, ondanks eenige kleine zijdelingsche incisies, die niet gehecht werd. Zeer twijfelachtige indicatie!

VIII. N°. 413 (1899). 26 jarige I para. Patiënte zeer pijnlijk, uterus voortdurend gespannen, terwijl eigenlijke weeën ontbreken, frequente pols, temp. 38.1°, harttonen 100, niet vorderen der

baring in de laatste uren. Hoofd $^{2}/_{3}$ ingedaald, ostiumrand overal te voelen, pijlnaad in l. sch., a. r. v. Moeilijke extractie, zonder narcose, van een groot levend kind. Ruptuur met 2 suturen gehecht.

IX. N°. 395 (1899). 36 jarige I para. Secundaire weeënzwakte bij volkomen indaling en ontsluiting gedurende 3 uur; hoofd in de vulva zichtbaar; expressie gelukt niet. Pijlnaad bijna in de r. afmeting, a. l. v. Gemakkelijke extractie (narcose?) van een levend kind.

X. N°. 64 (1899). 24 jarige I para. Secundaire weeënzwakte gedurende minstens $1\frac{1}{2}$ uur bij ± 7 c.M. ontsluiting en volkomen indaling, terwijl het ostium uteri sterk om het hoofd is geklemd. Pijlnaad bijna in de r. sch. A. r. v. Na 2 zijdelingsche incisies in 't ostium wordt getracht te exprimeeren, daarna wordt in narcose met de tang een levend, licht asphyctisch kind ontwikkeld. Kleine ruptuur met 2 hechtingen gesloten.

XI. N°. 191 (1899). 34 jarige I para. Wegens atonie gedurende den geheelen partus, ankylose van 't stuitbeen en slechter worden van de harttonen wordt in narcose het 1e kind van gemelli, A. a. l. v., bij volkomen indaling en ontsluiting zonder moeite forcipaal geextraheerd.

XII. N°. 583 (1899). 28 jarige I para. Hier bestond kruinligging, (gr. font. in de bekkenas) a. r. a., benevens secundaire weeënzwakte gedurende verscheiden uren bij volkomen indaling en ontsluiting; het kind was groot. Er werd getracht volgens Scanzoni het achterhoofd van r. a naar r. v. te draaien, hetgeen ondanks vele moeite niet gelukte. Daarom werd besloten het achterhoofd over 't perineum te ontwikkelen, hetgeen met krachtinspanning geschiedde. Dit alles in narcose. Het 4.2 K.G. zware kind, dat asphyctisch ter wereld kwam, werd met moeite bijgebracht; een perineaalruptuur tot aan den sphincter wordt met 6 suturen gehecht. Kraambed ongestoord. Verdere afloop voor moeder en kind gunstig.

XIII. N°. 233 (1899). I para. Secundaire weeënzwakte gedurende minstens 2 uur bij volkomen indaling en ontsluiting; kruinligging, a. r terzij. Met de forceps wordt het achterhoofd naar r. v. gedraaid en het kind geëxtraheerd. Kleine ruptuur, die niet werd gehecht. Narcose? Puerperium lichtelijk gestoord. Afloop voor moeder en kind goed.

XIV. N°. 33 (1900), 24-jarige I para. De vroedvrouw verzocht assistentie, daar ondanks volkomen indaling en ontsluiting bij afgeloopen vruchtwater en krachtige weeën het kind niet geboren werd. Het 1e tijdperk duurde 24 uur.

De practicant vond A. a. l. dw. en overigens als boven. Toestand van moeder en kind goed. Daar na 4 uur wachtens — 8 uren na 't breken der vliezen bij volkomen uitsluiting — de geboorte

niet plaats vond, werd, aangezien de spildraai ondanks goede weeën niet tot stand komt, besloten tot forcipale extractie, hetgeen in narcose geschiedde. Het achterhoofd werd naar voren gedraaid. Er ontstaat een ruptuur, die gehecht wordt en na 8 dagen genezen blijkt. Placenta wordt na 25 min. geëxprimeerd. Toestand van moeder en kind goed. Kraambed koortsvrij.

XV. N⁰. 217 (1900), 24 jarige I para. Nadat de baring bijna 24 uren geduurd had, braken bij volkomen ontsluiting de vliezen. Daar niettegenstaande flinke weeën de baring niet vorderde, werd om assistentie der polikliniek verzocht.

De practicant kon bij uitwendig onderzoek geen zekere diagnose stellen wegens het sterk uitgezette, gespannen en pijnlijke abdomen. Inwendig werd gevoeld volkomen ontsluiting, hoofd bijna volkomen ingedaald in K. a. r. a. of K. a. l. v.; dit laatste kon niet met zekerheid worden uitgemaakt. Bovendien bestond een tamelijk oedeem van 't perineum en het linker labium majus.

Met het oog op dit oedeem en het slecht vorderen der baring ondanks tamelijk goede weeën, werd in verband met de diagnose kruinligging besloten tot forcipale extractie.

In narcose werden gevoeld l. v. de neusrug en de oogkasranden; het achterhoofd is dus r a. De l. lepel wordt l. iets naar achteren ingebracht, de r. lepel r. iets naar voren en al trekkende het achterhoofd naar r. terzij gedraaid. De tang wordt afgenomen. Er wordt nu geconstateerd, dat de pijlnaad dwars verloopt; de tang wordt opnieuw aangelegd, en wel met de linker lepel l. v., de rechter r. a. Het hoofd draait ditmaal niet mee, de tang wordt afgenomen en weer aangelegd op dezelfde manier; het hoofd verschijnt thans in de vulva, doch . . . . met het aangezicht onder de symphysis! De oorzaak van dit verrassende feit moet wel hierin gelegen zijn dat de ligging niet was — ondanks onderzoek in narcose — K. a. r. a., maar K. a. l. v. Dat onder den verbluffenden indruk van dezen error diagnoseos eenige tijd verliep, alvorens de aanwezigheid van een tweede kind in utero geconstateerd wordt, is te verontschuldigen. Dit kind bevond zich echter werkelijk in K. a. r. a. en werd na het breken der vliezen na een kwartier spontaan geboren met het achterhoofd over 't perineum. Beide kinderen waren klein, doch goed ontwikkeld. Na 35 minuten werden de beide, breed met elkaar vergroeide, placentae geëxprimeerd. Toestand der moeder p. p. goed. Kraambed koortsvrij.

XVI N⁰. 369 (1900), 27-jarige I para. Nadat de baring reeds ruim twee dagen geduurd had, werd door de vroedvrouw de hulp der polikliniek ingeroepen. De practicant vond het kind in A. a. l. dw., het hoofd in den bekkenuitgang, vliezen gebroken, goede weeën.

Hoewel de vulva wijd en het kind niet groot was, de weeën krachtig en frequent bleven, was er ondanks linker zijligging geen vooruitgang te bespeuren. Reden waarom na een paar uur noodig werd gevonden het kind met de tang te extraheeren. In narcose werd de linker lepel sterk links achter, de rechter sterk rechts vóór ingebracht en het kind gemakkelijk geëxtraheerd. De placenta werd na ½ uur geëxprimeerd. Moeder en kind p. p. goed. Kraambed ongestoord.

XVII. N°. 554 (1900), 21-jarige I para. Daar de weeën, blijkens eenige uren van observatie, onvoldoende zijn om het hoofd uit te te drijven, wordt bij A. a. r. v. volkomen ontsluiting en indaling het kind in narcose geëxtraheerd, hetgeen zonder moeite doch ten koste van een kleine perineumruptuur geschiedde. Het eerste tijdperk der baring had in zooverre een abnormaal verloop, dat reeds een dag of 5 vóór de eigenlijke baring de portio geheel verstreken was.

De placenta werd ¼ uur p. p. door lichten druk verwijderd. Toestand van moeder en kind goed. Kraambed ongestoord.

XVIII. N°. 600 (1900) 25-jarige I para. Bij ⅔ indaling en volkomen ontsluiting wordt gevonden A. a. r. dw. Weeën goed. Deze toestand verandert in den loop van ongeveer 4 uren niet. De contractiering was gestegen tot handbreed boven de symphysis en de weeën waren in frequentie verminderd. Daar de baring niet vorderde, werd besloten tot forcipale extractie in narcose. De linker lepel wordt aangelegd l. sterk naar voren, de r. lepel r. sterk naar achteren in de sacraalholte. De draaiing en extractie van het hoofd vereischen niet veel moeite. Er ontstaat een oppervlakkige incomplete ruptuur, die door 4 naden gesloten wordt. De placenta wordt na ½ uur geëxprimeerd. Toestand van moeder en kind goed. Kraambed ongestoord.

XIX. N°. 641 (1900), 27-jarige I para. De vroedvrouw verzocht assistentie, daar het hoofd, dat sedert eenige uren in de vulva stond, ondanks krachtige weeën niet geboren werd.

De practicant vond bij uitwendig onderzoek een sterk opgezet abdomen, bedekt met talrijke sugillaties, zooals later bleek door nagelindrukken van de vroedvrouw veroorzaakt. De contractiering verliep van r. boven naar l. beneden iets onder den navel. De labia majora waren sterk gezwollen, rood en pijnlijk. Bij navraag bleek, dat de vroedvrouw getracht had expressie te verrichten, met de andere hand tegelijk de vulva rekkende. Toen deze manipulaties geen succes hadden, was ze met de knieën op het abdomen der patiënte gaan zitten (de vroedvrouw weegt naar bescheiden schatting 90—100 K. G.!). Ook deze wilde-volkstammethode bracht het kind niet ter wereld, waarop de verloskundige de hulp der polikliniek inriep. Bij inw. onderzoek bleek het hoofd vlak voor den

uitgang te staan, de ontsluiting volkomen te zijn; de pijlnaad verliep in de r. sch. afmeting, waaraan l. vóór en r. achter een fontanel te voelen was; doch er was niet met zekerheid uit te maken welke de groote, welke de kleine was. Er bestond een sterk caput succedaneum; het kind was groot.

De insufficientie van de weeën, de hoogstaande contractiering, de gezwollen labia, en misschien de niet volbrachte spildraai waren voldoende indicaties om den partus te termineeren.

Besloten werd in narcose te onderzoeken en te extraheeren. Doch ondanks de narcose blijft het caput succedaneum een beletsel voor een bevredigende diagnose. Er wordt dus besloten de tang dwars aan te leggen, te extraheeren en mocht 't blijken dat het aangezicht onder de symphysis voel- of zichtbaar wordt, alsnog volgens Scanzoni het achterhoofd naar voren te draaien; immers het was gewenscht bij deze primipara met gezwollen, ontstoken labia en groot kind het hoofd op de gunstigste manier te laten geboren worden.

Met vrij veel krachtsinspanning wordt in narcose het hoofd in de vulva getrokken, waarbij het voorhoofd onder de symphysis zichtbaar wordt. Tegelijk echter ontstaat reeds een flinke ruptuur, waarmede eigenlijk de indicatie voor de methode Scanzoni vervalt; de tang wordt dus afgenomen en het hoofd geëxprimeerd. Een heftige, aanhoudende bloeding maakte na ½ uur de expressie der placenta noodzakelijk. De ruptuur werd gehecht, nadat de zwelling der labia verdwenen was, ruim 12 uur p. p. en genas goed. Moeder en kind p. p. goed, behalve dat het kind op het linker frontale, dat meer afgeplat is dan het rechter, een decubitusplek vertoont, door de symphysis veroorzaakt, van 1½ cM. lang en ½ cM. breed. In 't kraambed geen stoornis.

XX. N°. 50 (1900), 25-jarige I para. De vroedvrouw verzocht hulp, daar het caput reeds 3 uren voor de vulva stond en ondanks goede weeën niet werd geboren. Er werd gediagnostiseerd A. a r. a. Blaas en rectum werden geledigd en tijdens een wee expressie beproefd; dat gelukte echter niet en daar na eenige uren wachtens het hoofd maar niet te voorschijn kwam, werd in de relatieve insufficientie der weeën en den ongunstigen stand van het hoofd indicatie gevonden tot extractie met de tang. In narcose werd de linker lepel l. sterk vóór, de r. lepel r. sterk achter aangelegd, het achterhoofd met weinig krachtsinspanning naar voren gedraaid, en het kind uitgehaald. Daarbij ontstond een ruptuur, die met 2 diepe en 2 oppervlakkige hechtingen gesloten werd. De placenta werd na 25 min. geëxprimeerd. Toestand van moeder en kind p. p. goed. Kraambed ongestoord.

XXI. N°. 216 (1900), 24-jarige I para. Nadat de baring onge-

veer 20 uur geduurd heeft, is te 7 uur 's avonds het hoofd tijdens een wee in de vulva zichtbaar. Er bestaat A. a. l. v. Om 12 uur 's avonds staat het hoofd echter nog juist zoo en wordt wegens den langen duur van het uitdrijvingstijdperk en het uitblijven der weeën besloten tot forcipale extractie. In narcose wordt de tang dwars aangelegd en het hoofd zonder veel krachtsinspanning ontwikkeld, ten koste van een kleine ruptura perinei, die door 2 hechtingen gesloten wordt. Placenta na ½ uur. Moeder en kind goed. Kraambed koortsvrij.

XXII. N°. 258 (1900), 21-jarige I p. Nadat het hoofd, bij een overigens gewoon verloop der baring, ongeveer 4 uren in den bekkenuitgang stond, bleven de weeën weg. Er was A. a. r. v. Een paar uur wachtens bracht het hoofd niet verder en er werd daarom besloten tot forcipale extractie, 't geen zonder vermeldenswaardige bijzonderheden geschiedde. De placenta werd na ½ uur geëxprimeerd. Moeder en kind goed; kraambed eveneens.

XXIII. N°. 350 (1900), 21-jarige I para. Negentien uur na het begin der weeën werd, 's morgens te negen uur, bij volkomen ontsluiting, indaling en afgeloopen vruchtwater gediagnostiseerd A. a. l. v. Ondanks krachtige weeën bestond deze toestand 's avonds om 10 uur nog. Een der seniores, over het geval geraadpleegd, adviseert tot afwachten; welke therapie wordt voortgezet tot den volgenden namiddag 5 uur. Alstoen wordt behalve A. a. l. v. geconstateerd, dat er voortdurend meconium afloopt, dat er een duidelijke contractie-ring aanwezig is, drie vingers beneden den navel, — sterk gespannen ligamenta rotunda — fundus uteri hoog — uterus smal harttonen goed — weeën afwezig.

Onverwijld wordt thans overgegaan tot forcipale extractie. In narcose wordt de tang dwars aangelegd en het kind, dat asphyctisch was doch spoedig bijkwam, gemakkelijk te voorschijn gebracht. De placenta werd na 20 min. geëxprimeerd. Kraambed goed. Het spreekt van zelf, dat hier vóór het verleenen der kunsthulp, veel te lang is afgewacht.

XXIV. N°. 407 (1900), 30-jarige I para. De vroedvrouw verzocht de hulp der polikliniek, daar de baring reeds twee dagen duurde en bij volkomen indaling en ontsluiting weeënzwakte was opgetreden. Het vruchtwater zou al drie dagen geleden zijn afgeloopen.

De practicant vond A. a. a., doch of het achterhoofd rechts of links stond was niet met zekerheid te zeggen. Het uitwendig onderzoek gaf geen zekerheid, de pijlnaad stond in de rechte afmeting. De harttonen waren rechts van de linea alba te hooren, onduidelijk, als uit de diepte komend. Hieruit zou mogen besloten worden, dat de rug r. a. lag.

Op grond van den ongunstigen spildraai en van de weeënzwakte werd besloten de tang aan te leggen.

De primipariteit der vrouw verbood het achterhoofd over het perineum te ontwikkelen; derhalve moest het achterhoofd in twee tempi naar r. voor gedraaid worden. De forceps werd dwars aangelegd, bij voorzichtige proefneming bleek het hoofd geen neiging te hebben naar links, wel naar rechts te draaien; dit laatste werd voortgezet totdat het achterhoofd r. dw. stond, de tang werd toen afgenomen en weer ingebracht de l. lepel l. sterk naar voren, de r. lepel r. sterk naar achter, het achterhoofd verder naar r. voor gedraaid en geëxtraheerd. Het groote, flink ontwikkelde kind was asphyctisch, doch kwam spoedig bij; de kleine ruptuur, die ontstaan was, werd met drie hechtingen gesloten. De placenta werd na $\frac{1}{2}$ uur geëxprimeerd. Kraambed koortsvrij.

XXV. N°. 536 (1900), 33-jarige I para. De partus verliep geheel op normale wijze, totdat bij volkomen indaling en ontsluiting bij A. a. l. v. weeënzwakte intrad. Toen deze toestand eenige uren had geduurd en bovendien de harttonen wat onregelmatig werden, werd besloten de tang aan te leggen. Dit geschiedde in narcose; de extractie was vrij moeilijk; het hoofd schoot met een ruk door de vulva en veroorzaakte een ruptuur tot door den sphincter ani, welke met 4 naden werd gesloten. De placenta volgde na $^3/_4$ uur. Kraambed goed. Levend kind.

XXVI. N°. 559 (1900), 26-jarige I para. Nadat de baring ongeveer 10 uur geduurd had en er volkomen ontsluiting en indaling was gekomen, verzocht de vroedvrouw assistentie wegens weeënzwakte.

Er werd gediagnostiseerd A. a. r. v. benevens fractuur van den schedelwand! De weeën werden beter, doch daar de harttonen later blijvend onregelmatig werden, werd hierin indicatie gevonden tot forcipale extractie. Deze geschiedde in narcose zonder moeite. Het kind leefde goed, doch bleek links een zeer dunnen schedel te hebben, die op verschillende plaatsen gebroken was. Placenta na $^1/_4$ uur geëxprimeerd. Kraambed goed, behoudens een paar maal een avondtemperatuur van 38°.

XXVII. N°. 646 (1900), 30-jarige I para. De vroedvrouw verzocht hulp wegens secundaire weeënzwakte. De practicant vindt A. a. l. dw., 't hoofd geheel ingedaald, volkomen ontsluiting, vliezen gebroken, weeën zoo goed als afwezig. Toestand van moeder en kind goed. Expressie geeft geen resultaat, de weeën zijn en blijven absent, reden waarom besloten wordt tot forcipale extractie. De l. lepel komt, in narcose, l. achter, de rechter r. vóór te liggen. Bij de extractie ontstaat een totale ruptuur tot 2 cM. hoog

in den rectaal-wand, die onmiddellijk wordt gehecht, doch niet geneest. Patiënte is later de raad gegeven zich te laten opereeren, maar zij schijnt niet veel hinder van incontinentie te hebben.

XXVIII. N°. 492 (1899), 37-jarige V para. Wegens secundaire weeënzwakte bij langdurigen dwarsstand van den pijlnaad wordt tot forcipale extractie besloten. A. r. terzij, — beide fontanellen te voelen — groote font. het diepst ingedaald. In narcose wordt het achterhoofd naar r. v. gedraaid en een zwaar kind geëxtraheerd. De vorige partus waren spontaan, doch langdurig; groote kinderen.

XXIX. N°. 387 (1899), 35-jarige X para. Hoofd sedert 3 uur voor den uitgang bij absentie van weeën, pijlnaad in de r. afmeting, a. v. — patiënte zeer pijnlijk, frequente pols en 38.2°. Zonder moeite werd een licht asphyctisch kind geboren, dat spoedig bijkomt. Narcose?

XXX. N°. 104 (1899), 32-jarige VIII para. Wegens langdurig 2e tijdperk (ruim 4 uur) tengevolge van ongewone grootte van 't kind (5 1/4 KG.), in weerwil van goede weeën (A. a. l. v.), en wegens de frequente harttonen, wordt het kind forcipaal geëxtraheerd. Spoedige verwijdering van de placenta door den handgreep van Credé wegens haemorrhagie. Afloop voor moeder en kind goed. Narcose?

XXXI. N°. 282 (1899), 40-jarige X para. Na afloopen van 't vruchtwater hielden bij volkomen ontsluiting en indaling de weeën op. Pijlnaad dwars, kleine font. l. De zwaarlijvige patiënte was zeer pijnlijk en benauwd. Wegens uitputting der vrouw en het afwezig zijn der weeën wordt besloten tot forcipale extractie. Het hoofd gaf geen bijzondere moeite, wel de schouders en bekkengordel. Het kind was licht gemacereerd. Kraambed goed. Narcose?

XXXII. N°. 538 (1899), 44-jarige XIII para. De vroedvrouw ontbood assistentie, daar volgens haar het hoofd bij volkomen ontsluiting reeds 7 uur vast in den bekkeningang stond bij zwakke weeën. Het hoofd daalde daarna echter tamelijk snel in, terwijl daarna gediagnostiseerd werd K. a. l. a. Daar bij volkomen indaling en ontsluiting in 5 uur tijds het hoofd niet geboren wordt, de weeën zeer zwak blijven en patiënte zeer onrustig en pijnlijk is, wordt de partus forcipaal in narcose getermineerd. Het achterhoofd wordt naar l. v. gedraaid en geëxtraheerd. Het groote kind is licht asphyctisch en komt na 1/4 uur door huidprikkels en kunstmatige ademhaling bij. De vrouw heeft een ruptura perinei, die met 2 hechtingen gesloten wordt. Kraambed ongestoord.

XXXIII. N°. 265 (1900), 33-jarige V para. Afloop der vorige bevallingen goed. Deze 6e partus was vóór 4 uren begonnen, toen

bij volkomen ontsluiting de vliezen braken. Twee uur later werd gevonden: sterke anteflexie van den uterus, sterke diastase van de musc. recti. K. a. l. a. bij volkomen ontsluiting en halve (?) indaling. Weeën goed. Ongeveer vijf uur later was de pijlnaad iets naar de dwarse afmeting gedraaid en het hoofd volkomen ingedaald. Daar de spildraai, hoewel met goede weeën, slechts onmerkbaar vorderde, wordt besloten tot forcipale extractie. In narcose wordt de l. lepel links sterk achter, de r. lepel rechts sterk naar voren ingebracht, het achterhoofd naar l. v. gedraaid en geëxtraheerd. Moeder en kind p. p. goed. Placenta na ½ uur geëxprimeerd volgens Credé. Kraambed ongestoord.

XXXIV. N°. 288 (1900), 23-jarige III para. De beide vorige malen was de zwangerschap geëindigd met een abortus, zoodat de vrouw eigenlijk te beschouwen is als eene I para. De diagnose wordt gesteld op Aa. k. l. v. en geconstateerd dat in korten tijd het hoofd indaalt tot in den bekkenuitgang. De vliezen waren spontaan gebroken, toen het hoofd nog in den ingang stond. Hoewel de weeën goed zijn, de spildraai geheel tot stand komt en het aangezicht in de vulva zichtbaar is, is na ongeveer 5 uur wachtens het hoofd nog niet geboren. Daar de harttonen, ook gedurende de weeënpauze, van uiterst wisselende frequentie blijven (100—200), wordt gevreesd dat langer wachten het kind schaden zal en besloten tot extractie. In narcose wordt de tang nagenoeg dwars aangelegd, met het handvat sterk naar boven gericht. De extractie is niet moeilijk en veroorzaakt een kleine ruptura perinei. Het kind is asphyctisch, komt in 't warme bad spoedig bij. Het gezicht is sterk misvormd door de paars-blauwe zwelling van lippen, tong, neus en wangen; het kind vertoont overigens geen andere afwijkingen dan een duidelijke neiging om het hoofd in deflexie te houden, welke eigenaardigheid 6 maanden na de geboorte nog te constateeren is. Toestand van de moeder p. p en in het kraambed goed.

Welke de oorzaak was van de aangezichtsligging kon niet uitgemaakt worden; met name bestond geen bekkenvernauwing.

XXXV. N°. 552 (1900), 34-jarige VIII para. De patiënte, wier overige bevallingen spontaan waren verloopen, bevond zich reeds een paar dagen in partu, toen de vroedvrouw wegens de zwakke weeën om assistentie verzocht.

De practicant diagnostiseert K. a. r. dw., 't hoofd ruim half ingedaald, groot caput succedaneum, volkomen ontsluiting, vliezen gebroken. De uterus is voortdurend in zwakke contractie, bepaalde weeën ontbreken; contractiering onduidelijk, harttonen niet al te best. Het kind is groot.

Wegens het trage verloop der baring, de onvoldoende weeën en

den ongunstigen stand van het hoofd wordt besloten tot extractie. Deze wordt verricht in narcose; de draaiing van het achterhoofd naar voren kost veel moeite, doch gelukt ten slotte. Bij de extractie scheurt het perineum een eindweegs in. Het kind komt asphyctisch ter wereld, doch ademt spoedig. De placenta wordt binnen een half uur wegens bloeding geëxprimeerd. Kraambed goed.

XXXVI. N°. 774 (1900), 38-jarige IX para. Al de vorige bevallingen, waaronder 1 abortus, waren langdurig; bij de 1e was extractie met de tang noodig. De 9e bevalling begon 's ochtends 8 uur, doch ondanks normale weeën was 's avonds 6 uur, het hoofd nog maar weinig ingedaald. Er werd toen gevonden A. a. r. v., nagenoeg volkomen ontsluiting, gezwollen ostiumrand strak gespannen om het hoofd, bijna half ingedaald, vliezen tijdens het onderzoek gebroken, promontorium niet te bereiken. Weeën goed. Ongeveer 3 uur later was in dezen toestand nog absoluut geen verandering gekomen; het hoofd stond muurvast, en kwam niet verder. Er werd daarom, op grond van de relatieve insufficientie der weeën, besloten de tang aan te leggen. Zonder narcose werd de forceps dwars ingebracht en het hoofd met veel krachtinspanning tot in de vulva getrokken. De tang werd afgenomen en het hoofd ontwikkeld, waarna het nog veel moeite kostte de schouders te doen geboren worden. Het kind was groot en vertoonde op beide wangen indrukken van de tang. De placenta werd na $^3/_4$ uur geëxprimeerd. Verloop van 't kraambed goed.

XXXVII. N°. 334 (1900), 36 j. XIV para. Bij deze parturiens, wier vorige baringen op één enkele na alle natuurlijk waren verloopen, bestond sedert een paar uur volslagen weeënzwakte, nadat het hoofd vrij snel tot vóór de vulva was ingedaald in A. a. l. v. Er was bovendien een handje ingeklemd rechts terzij tusschen hoofd en bekkenwand. Wegens de totale afwezigheid van weeën wordt in narcose de tang, in dwarse afmeting, aangelegd en het kind gemakkelijk geëxtraheerd. De placenta wordt na $\frac{1}{2}$ uur geëxprimeerd door middel van Credé's handgreep. Moeder en kind goed. Kraambed ongestoord.

XXXVIII. N°. 406 (1900), 47-jarige III p. Sedert 24 uur was de vrouw in partu, sedert 15 uur was er volkomen ontsluiting, toen de diagnose gesteld werd op tweelingen, waarvan het eerste kind zich bevond in A. a. r. v. Dit kind was klein, want hoewel volkomen ingedaald en met gebroken vliezen was het hoofd zeer beweeglijk Reeds urenlang bestond er volslagen afwezigheid van weeën, reden waarom tot forcipale extractie werd besloten.

In narcose werd de tang ongeveer dwars aangelegd en het kind zeer gemakkelijk geëxtraheerd. Het tweede kind lag in volkomen

voetligging en werd evenzoo onmiddellijk geëxtraheerd. De twee geheel van elkaar gescheiden placentae werden na $^3/_4$ uur geëxprimeerd. Toestand van moeder en kinderen goed. Kraambed ongestoord.

XXXIX. N°. 411 (1900), 27-jarige III para. De eerste maal eindigde de zwangerschap met een miskraam van ± 3 mnd., de tweede maal eveneens. Patiënte was toen bezig met veldarbeid; ze meende te moeten urineeren, waarbij de vrucht op den grond viel. Zonder hiervan verder veel nota te nemen ging de vrouw denzelfden dag en ook de volgende dagen voort met haar werk. De derde zwangerschap bereikt haar normale einde. De baring echter verliep traag; het duurde een paar dagen vooraleer er volkomen ontsluiting tot stand kwam. Toen echter was de vrouw uitgeput en verzocht de vroedvrouw assistentie der polikliniek.

De practicant vond bij volkomen indaling en ontsluiting A. a. l. a. met goede harttonen en afgeloopen vruchtwater.

Op grond van de secundaire weeënzwakte en den verkeerden spildraai werd besloten tot forcipale extractie.

In narcose werd de linker lepel links sterk naar achter, de r. lepel rechts sterk naar voren ingebracht en het kind gemakkelijk geëxtraheerd met het achterhoofd naar voren. De placenta liet 2½ uur op zich wachten. Moeder en kind p. p. goed. Het kraambed was niet koortsvrij gedurende de eerste drie dagen; verliep daarna echter goed.

XL. N°. 706 (1900), 32-jarige VI para. De laatste drie kinderen waren spontaan, de eerste twee met de forceps ter wereld gekomen. De practicant verzocht hulp, daar bij volkomen indaling en ontsluiting en afgeloopen vruchtwater de geboorte van het hoofd, A. a. l. v., niet volgt en sedert een paar uren de weeën, voor zoover die er zijn, niet het minst effect hebben. Er is bovendien een contractiering aanwezig halverwege symphysis en navel; harttonen zijn niet te hooren, en er loopt meconium af. Al deze omstandigheden maken het termineeren der baring noodig.

In narcose wordt de tang dwars aangelegd en het caput zonder moeite geëxtraheerd. Het kind was een weinig asphyctisch, doch kwam spoedig bij. De placenta werd na 10 minuten door middel van de handgreep van Credé verwijderd wegens heftige vloeiing. Toestand van moeder en kind verder goed. Kraambed ongestoord; patiënte blijft echter geruimen tijd zwak.

XLI. N°. 849 (1900), 32 j. XI para. De vorige baringen verliepen spontaan, doch traag; enkel de 9e geschiedde forcipaal. Ook deze 11e partus, waarbij het kind zich bevond in A. a. r. dw., vorderde langzaam; de weeën waren zwak en spaarzaam en daarom werd, nadat reeds een paar uren volkomen ontsluiting en indaling

bestonden, bij dwars verloop van den pijlnaad, besloten tot forcipale extractie. In narcose werd de linker lepel links vóór, de rechter rechts achter ingebracht en het hoofd zonder moeite geëxtraheerd. Na $^3/_4$ uur lag de placenta los en werd deze geëxprimeerd. Moeder en kind goed. Kraambed ongestoord.

XLII. N°. 865 (1900), 28-jarige II para. De vrouw, wier eerste zwangerschap geëindigd was met een miskraam in de 3^e maand en derhalve als I para was te beschouwen, bevond zich bijna 48 uur in partu, toen bij volkomen indaling en ontsluiting de weeën wegbleven. Het vruchtwater was eenige uren te voren afgeloopen en er bestond A. a. r. v.

Daar moeder en kind volmaakt wel waren, bleef de practicant op den terugkeer der weeën wachten. Na ruim 6 uren was de toestand nog onveranderd en werd derhalve besloten de tang aan te leggen, hetgeen met goed gevolg in narcose geschiedde. De placenta werd na $1^1/_4$ uur door Credé's handgreep verwijderd. Moeder en kind p. p. goed. Kraambed koortsvrij.

Het voor den uitgang staande of reeds in de vulva zichtbare hoofd is dus 42 maal met de forceps verder ontwikkeld: de indicatie daartoe was meestal absolute of relatieve weeënzwakte, uitblijven van den spildraai of ongunstige stand van den schedel in het algemeen, slechte toestand van het kind, temperatuursverhooging der moeder. Ongelukkig zijn de verslagen niet altijd zoo volledig ingevuld, dat ons alle gegevens ten dienste staan om de gevallen nu nog geheel te kunnen beoordeelen. Zooveel blijkt intusschen wel, dat in ettelijke gevallen het uitdrijvingstijdperk veel langer aan de natuur is overgelaten, dan met de opvatting van vele verloskundigen van naam strookt. Het is overigens zeer moeilijk een vasten regel aan te geven. In de Utrechtsche kliniek wordt de stelregel toegepast, dat de lange duur van het uitdrijvingstijdperk alleen slechts zelden de indicatie geeft tot het aanleggen van de tang. Natuurlijk heeft ook dat principe geen onbeperkt recht van bestaan, en is b. v. in geval n°. 13, 22 en 37, waar het 8, 18 en 9 uren duurde, langer gewacht, dan ook onze gewoonte meebrengt. Vraagt men nu of er kwaad gesticht is, door zoo lang met het aanleggen der tang te wachten, dan blijkt daarvan niets uit onze resultaten. Alle kinderen zijn levend geboren (op één gemacereerde vrucht na) of uit een lichte asphyxie gemakkelijk bijgebracht. Het kraambed is nooit ernstig gestoord geweest; ook al nemen wij het aantal dergenen, wier puerperium als „ongestoord" ~~geboekt staat, onder reserve over, omdat daaronder zeker wel lichte~~ temperatuursverhoogingen zijn voorgekomen, die niet vermeld zijn

Nº.	Nummer. histor. partus.	Para.	Und.	Duur der baring.		Stand van het hoofd.	Achterhoofd geboren.	Toestand v. h. kind.	Indicatie voor forceps.	Kraambed.	Aanmerkingen.
				1e tijdperk.	2e tijdperk.						
1	196 (1899)	I	34	?	?	?	?	levend	Atonie.	Ongestoord.	?
2	219 (1899)	I	22	?	> 4 uren	A. a. dw.	onder symph.	„	Atonie.	Ongestoord.	Rupt. perin.
3	476 (1899)	I	24	?	> 3 uren	A. a. r. v.	„ „	„	„	6 dagen koorts.	Geen ruptuur.
4	317 (1899)	I	33	?	> 2 uren	A. a. l. v.	„ „	„	Atonie. Oedema vulvae.	Ongestoord.	Rupt. perin.
5	74 (1899)	I	30		> 5 uren	A. a. r. dw.	„ „	„	Atonie.	„	„ „
6	130 (1899)	I	28		> $2^1/_2$ uur	A. a. l. v.	„ „	„	Atonie. Slechte harttonen.	„	„ „
7	94 (1899)	I	30	> 36 uren	?	?	?	„	?		„ „
8	413 (1899)	I	26	?	?	A. a. r. v.	„	„	Slechte toestand moeder en kind.	„	„ „
9	395 (1899)	I	36		> 3 uren	A. a. l. v.	„	„	Atonie.	„	?
10	64 (1899)	I	24		> $1^1/_2$ uur	A. a. r. v.	„	„	„	„	Rupt. perin.
11	191 (1899)	I	34			A. a. l. v.	„	„	Atonie (tweelingen).	„	?
12	583 (1899)	I	28		eenige uren	K. a. r. a.	over perin.	„	Slechte harttonen Atonie.	„	Rupt. perin.
13	233 (1899)	I			> 2 uren	K. a. r. dw.	onder symph.	„	Atonie.	Licht gestoord.	„ „
14	33 (1900)	I	24	24 uren	8 uren	A. a. l. dw.	„ „	„	Uitblijven spildraai.	Ongestoord.	„ „
15	217 (1900)	I	24	24 uren	?	K. a. l. v.	over perin.	„	Oedema vulvae.	„	?
16	369 (1900)	I	27	2 dagen	> 2 uren	A. a. l. dw.	onder symph.	„	Stilstand baring.	„	?
17	554 (1900)	I	21	eenige dagen	eenige uren	A. a. r. v.	„ „	„	„ „	„	Rupt. perin.
18	600 (1900)	I	25		> 4 uren	A. a. r. dw.	„ „	„	Atonie.	„	„ „
19	611	I	27		eenige uren	A. a. a.	over perin.		Oedema vulvae etc.		

	(1900)											
21	216 (1900)	I	24	20 uren	⟩ 5 uren	A. a. l. v.	»	»	»	Atonie.	»	» »
22	258 (1900)	I	21		⟩ 4 uren	A. a. r. v.	»	»	»	»	»	?
23	350 (1900)	I	21	19 uren	⟩ 18 uren	A. a. l. v.	»	»	»	Lange duur.	»	»
24	407 (1900)	I	30	2 dagen	?	A. a. r. a.	»	»	»	Atonie.	»	Rupt. perin.
25	536 (1900)	I	33		eenige uren	A. a. l. v.	»	»	»	» Slechte harttonen.	»	» »
26	559 (1900)	I	26	10 uren		A. a. r. v.	»	»	»	» »	Licht gestoord.	?
27	646 (1900)	I	30	?	?	A. a. l. dw.	»	»	»	Atonie.	Ongestoord.	Rupt. perin.
28	492 (1899)	V	37		?	A. a. r. dw.	»	»	»	Uitblijven spildraai.	»	Geen rupt.
29	387 (1899)	X	35		⟩ 3 uren	A. a. v.	»	»	»	Koorts moeder.	?	?
30	104 (1899)	VIII	32		⟩ 4 uren	A. a. l. v.	»	»	»	Slechte harttonen.	Ongestoord.	»
31	282 (1899)	X	40			A. a. l. dw.	»	»	gemacereerd	Atonie.	»	»
32	538 (1899)	XIII	44		⟩ 12 uren	K. a. l. a.	»	»	levend	»	»	Rupt. perin.
33	265 (1900)	V	33		7 uren	K. a. l. a.	»	»	»	Uitblijven spildraai.	»	?
34	288 (1900)	III	23		⟩ 5 uren	Aa. k. l. v.	over perin.		»	Slechte harttonen.	»	Rupt. perin.
35	552 (1900)	VIII	34	2 dagen		K. a. r. dw.	onder symph.		»	Atonie.	»	» »
36	774 (1900)	IX	38	10 uren	3 uren	A. a. r. v.	»	»	»	Lange duur.	»	?
37	334 (1900)	XIV	39		⟩ 2 uren	A. a. l. v.	»	»	»	Atonie.	»	»
38	406 (1900)	III	47	15 uren	9 uren	A. a. r. v.	»	»	»	»	»	
39	411 (1900)	III	27	2 dagen		A. a. l. a.	»	»	»	»	Licht gestoord.	»
40	706 (1900)	VI	32		⟩ 2 uren	A. a. l. v.	»	»	»	»	Ongestoord.	»
41	849 (1900)	XI	32		⟩ 2 uren	A. a. r. dw.	»	»	»	»	»	»
42	865 (1900)	II	28	2 dagen	⟩ 6 uren	A. a. r. v.	»	»	»	»	»	»

geworden; van de ernstige stoornissen zijn wij altijd behoorlijk verwittigd geworden.

Een andere vraag is deze, of door den langen duur van het uitdrijvingstijdperk geen andere nadeelen veroorzaakt werden, die in deze verslagen niet medegedeeld kunnen worden, omdat zij eerst later bespeurd worden, ik meen prolaps der vaginaalwanden, beleediging van den bekkenbodem. Liggingsafwijkingen van baarmoeder en scheede hangen voor een groot deel af van de integriteit van het bekkencelweefsel, van de ligamenten en van den musculeusen bekkenbodem. Staat nu een hoofd langen tijd in het weeke bekken, voor de vulva, wordt het voortdurend, of althans met zeer kleine tusschenpoozen daartegen aan geperst door baarmoedercontracties of door inspanning van de buikpers, zonder dat deze voldoende zijn om de vrucht uit te drijven, dan blijft de levator ani of liever de geheele uit spierweefsel bestaande bekkenbodem langen tijd onder den invloed van een factor, waarvoor juist spierweefsel zeer gevoelig is, nl. gestoorden bloedsomloop. Het gevolg daarvan moet een gedeeltelijke, zelden een totale ischaemische paralyse, of parese dier spier zijn, die niet voor geheele genezing vatbaar is, en waarmede dus de eerste grondslag gevormd wordt voor het ontstaan van liggingsafwijkingen der bekken- of buikorganen. *In een dergelijk geval is een duur van 2 uren voor het tweede tijdperk der baring misschien reeds te lang.* In een ander geval blijft het hoofd uren en uren op den bekkenbodem staan, zonder weeën van eenige beteekenis, zonder dat de vrouw medeperst; men vindt geen spoor van oedeem, van veneuse stuwing in de weeke deelen der moeder en ook het caput succedaneum blijft binnen zeer matige grenzen. Hier valt de bovengenoemde schadelijke factor, circulatiestoornis in de moederlijke deelen, nagenoeg geheel weg; *hier heeft de zeer lange duur van het uitdrijvingstijdperk absoluut geen beteekenis.*

In nog andere gevallen ziet men, bij langen duur van het uitdrijvingstijdperk den voorwand der vagina naar buiten uitpuilen, of wel den achterwand; dat ook dit begunstigend werkt voor het ontstaan van prolapsus vaginae is duidelijk. Ook hier is dus de indicatie gegeven de baring spoediger te doen eindigen.

Is dan de tangverlossing zelve geen aetiologisch moment voor prolapsus vaginae, voor blijvende beschadiging van den bekkenbodem? Wijst het groot aantal perineaal-rupturen niet daarop? Ruptura perinaei en ruptura perinaei zijn twee. Bestaat zij alleen in een behoorlijke huidwond, dan is haar beteekenis natuurlijk niet groot; is daarentegen de bilnaad tot aan of tot in den sphincter ani verscheurd, dan kunnen de gevolgen, wat betreft de verplaat-

sing der bekkenorganen belangrijk zijn. Een verwonding, een verscheuring van den levator laat zich door een doelmatige hechting herstellen, wat dus wil zeggen, dat het hechten van een ruptuur heel wat anders beteekent, dan velen schijnen te meenen, die met het kosmetisch resultaat van een breed perineum volkomen tevreden zijn, en bij de hechting niet denken aan het opzoeken en weder vereenigen der verscheurde spierlaag. Een verscheurde en oordeelkundig herstelde levator heeft voor de vrouw echter veel grooter waarde, dan een oogenschijnlijk niet verscheurde, maar door langen druk ischaemisch geparalyseerde spier. Een ruptuur meer of minder, met of zonder de tang tot stand gekomen, is dus van ondergeschikte beteekenis — een juiste, nauwkeurige methode van hechten vooropgesteld.

Ik durf niet beweren, dat de indicatie tot het aanleggen der tang in deze 42 gevallen altijd volgens het bovengenoemde principe gesteld is. Integendeel ik ben overtuigd, dat in vele gevallen eenvoudig schematisch gewerkt is, omdat er geen direct gevaar voor moeder of kind scheen te dreigen. Zoo heeft een practicant, de buitengewone practicant of de vroedvrouw, die onze hulp inriep, zeker in menig geval de baring langer laten duren dan verdedigbaar was, een nooit geheel te vermijden nadeel eener onderwijspolikliniek. Juist daarom is het goed er hier nogmaals op te wijzen, dat niet de lange duur als zoodanig van het uitdrijvingstijdperk de indicatie tot termineeren behoort te geven, maar de plaatselijke verschijnselen: zwelling, uitpuilen der weeke deelen, permanente drukking van den schedel tegen den bekkenbodem, verschijnselen dus, die ook hier, gelijk altijd, den medicus den plicht opleggen, individualiseerend te werk te gaan.

Om op de rupturen terug te komen — er zijn er 21 geboekstaafd, waaronder 2 of 3 complete, 2 maal is de afwezigheid van ruptuur vermeld, 19 maal hebben wij een vraagteeken moeten plaatsen. Onder de multiparae zal dat vraagteeken in de meeste gevallen wel door „geen ruptuur" vervangen kunnen worden, bij de primiparae is 3 maal niets van het perineum opgeteekend, en werd het, op 27 primiparae 18 maal als verscheurd genoteerd.

De tang is nagenoeg altijd in narcose aangelegd geworden; wij hebben er steeds naar gestreefd het achterhoofd naar voren te draaien. In de 7 gevallen, waar het achterhoofd naar achteren stond, ook bij kruinligging, is dat slechts 2 maal *niet* gelukt, en werd het over het perineum ontwikkeld. Ditzelfde geschiedde bovendien nog éénmaal ten gevolge van een verkeerde diagnose. (Zie de historiae partus.)

Placenta praevia.

Deze afwijking werd 7 maal waargenomen, en wel in 1900; de enkele, die in 1899 voorkwamen, werden naar de kliniek overgebracht, wat wij naderhand niet meer deden, om den student beter gelegenheid te geven, deze moeilijke gevallen ook onder de armoedige omstandigheden der poliklinische praktijk te leeren behandelen.

I. Bij N°. 265 (1900), een ongeveer 35-jarige X para, bestond naar rechts afgeweken hoofdligging en placenta praevia lateralis sinistra. Gedurende een paar dagen had pat. reeds bloed verloren, doch geen noemenswaardige hoeveelheid. De weeën waren goed, en daar de ontsluiting nog gering was en pat. niet vloeide werd enkel rechter zijligging aanbevolen en voorloopig afgewacht. Na 1½ uur wachtens was wel de ontsluiting toegenomen, doch het hoofd daalde niet in; er was geen bloedverlies. Thans werden de vliezen gebroken en het hoofd in den ingang gedrukt. De baring verliep verder voorspoedig met gunstigen afloop voor moeder en kind. De moeder meende nog niet à terme te zijn; het kind was echter voldragen. Kraambed ongestoord.

II. N°. 788 (1900), 41-jarige XI para. De vrouw, die eerst over een paar maanden meende te zullen bevallen, ontbood verloskundige hulp, daar ze zich onwel gevoelde en stukken bloed verloor. Bij onderzoek bleek de cervix nog niet verstreken, en voor een vinger toegankelijk; placentairweefsel te voelen, doch ook normale vliezen, weeën zoo goed als afwezig. Het bloedverlies blijkt onbeteekenend te zijn geweest. Op grond van dezen status wordt absolute rust aanbevolen. 24 uur later wordt na weinig weeën een onvoldragen levend kind geboren, zonder noemenswaardig bloedverliés. Kraambed ongestoord.

III. N°. 716 (1900), 32-jarige VI para. Hier bestond placenta praevia lateralis bij onvolkomen voetligging. Het kind leefde goed tot vóór een paar uur vóór de geboorte, doch werd toen onverwachts dood geboren. Het bloedverlies der moeder was niet beteekenend geweest; de doodsoorzaak van het kind ligt vrijwel in 't duister. Kraambed ongestoord.

IV. N°. 539 (1900), 38-jarige XI para. Bij patiënte, bij welke de plac. praevia lateralis aanleiding gaf tot een heftige bloeding, die zich niet meer herhaalde, duurde het 51 uur vooraleer het praemature kind spontaan ter wereld kwam. De moeder succombeerde daags na den partus (zie verdere bijzonderheden hieromtrent op bl. 74).

V. N°. 879 (1900), 30-jarige V para. Driemaal waren zwangerschap en baring normaal verloopen; de 4e zwangerschap eindigde met een miskraam in de 4e of 5e maand. Nu, ongeveer drie jaar

later, werd patiënte weer zwanger, en werd in de 6e maand verschrikt door een heftige bloeding vergezeld van weeën, waarvoor zij verloskundige hulp inriep. Het uitwendig onderzoek gaf geen resultaat; harttonen niet te hooren. Bij inwendig onderzoek bleek in de vagina een deel der placenta te voelen, er bestond placenta praevia; in het 4 cM. wijde ostium was een extremiteit te voelen naast de gedeeltelijk loshangende placenta. Deze laatste werd spoedig geboren, waarna de extremiteit te herkennen was als een voetje. Er bestond echter een contractuur in de knie en in de knieholte uitgespannen een vlies, waardoor het geheel geleek op een vogelvlerk. Er traden krachtige weeën op; bloeding was er in 't geheel niet en na korten tijd werd in gemengde stuitligging een kleine gemacereerde foetus geboren. Kraambed ongestoord. (Beschrijving foetus zie dit tijdschrift, Twaalfde jaargang blz. 76).

VI. N°. 437 (1900), 40-jarige XV para. Elf maal waren zwangerschap en bevalling goed verloopen, 3 maal was de zwangerschap geëindigd door een abortus. De 15e graviditeit had bijna haar einde bereikt toen de vrouw den 12den Juni bloed verloor, hetgeen zich herhaalde den 25sten Juni en na dien tijd zoo nu en dan een beetje. Den 26sten Juni werd obstetrische hulp ingeroepen en door den practicant dwarsligging geconstateerd; de vermoedelijke placenta praevia was niet te diagnostiseeren. Patiënte werd in observatie gehouden. Den 30sten Juni kwam er een aanmerkelijke bloeding, die spoedig weer ophield. Bij onderzoek bleek het ostium toegankelijk voor een vinger, de portio was niet verstreken. Placentair weefsel was te voelen. Weeën afwezig. Verscheiden uren later kwamen deze; thans bleek er een ontsluiting te bestaan van ± 5 cM. Pat. verloor van tijd tot tijd bloed, vooral tijdens de contracties. Er werd nu uitwendig keering op den stuit verricht en na perforatie en wegdringen der placenta het rechter voetje afgehaald; vier vingers werden daarbij in de uterus gebracht. Dit alles zonder narcose. Het voetje werd gespannen gehouden en fungeerde uitmuntend als tampon; de weeën dreven het kind gaandeweg dieper en ongeveer drie kwartier na de versie was het kind geboren. De placenta kwam onmiddellijk na het kind. De patiënte, die door het herhaaldelijke bloedverlies zeer anaemisch was geworden, verloor tijdens de versie en extractie nagenoeg geen druppel bloeds; de toestand bleef verder goed, ook in het kraambed. Enkel de eerste vier dagen bestond 's avonds lichte temperatuursverhooging. Overbodig te vermelden dat het kind tijdens de kunstbewerking bezweken was.

Men kan zeggen dat over 't geheel de therapie in dit geval te lang expectatief is geweest; het ware beter geweest voor de moeder, indien den 30sten Juni, toen er een beginnende ontsluiting werd

gevonden, het ostium met jodoformgaas was opgevuld of een kolpeurynter ingebracht en op deze wijze de baring was bespoedigd.

VII. N°. 906 (1900), 41-jarige XIII para. De vrouw, wier vorige bevallingen normaal waren geweest en die haar 13e bevalling verwachtte in Januari, voelde zich half December onwel en verloor stukken bloed, waarom ze obstetrische hulp inriep. Er werd toen geconstateerd dwarsligging, rug achter, hoofd rechts en placenta praevia. De portio, die voor twee vingers passabel was, was opgevuld door placentairweefsel. Weeën waren er nu en dan te zien, doch zwak. Er werd besloten een kolpeurynter door het ostium te brengen en door voortdurende lichte tractie hieraan de ontsluiting te bevorderen. De kolpeurynter werd echter onmiddellijk uitgeperst. Hij werd niet opnieuw ingebracht, doch met twee vingers de placenta doorboord en een voetje afgehaald. De bloeding tijdens deze nog al moeilijke bewerking was niet onrustbarend. De weeën werden spoedig krachtiger en frequenter, zoodat na ongeveer een uur de stuit geboren was. Het kind was intusschen gestorven en werd thans zeer langzaam verder geëxtraheerd; de geboorte van het hoofd geschiedde met behulp van den handgreep van Smellie-Veit onder gelijktijdige expressie en kostte veel moeite. De placenta werd na ½ uur door lichten druk verwijderd. De moeder was zeer anaemisch geworden, doch werd spoedig beter na injectie van kampherolie en een subcutane infusie van een halven liter physiologische zoutoplossing. Het kraambed verliep ongestoord.

In deze 7 gevallen was de placenta praevia dus 2 maal een totale: drie vrouwen bevielen nagenoeg op het normale einde der zwangerschap, de anderen vroeger. 5 kinderen kwamen dood ter wereld, waaronder één gemacereerd. Driemaal is in het geheel geen therapie toegepast, in de andere gevallen heeft deze bestaan in: breken der vliezen bij hoofdligging, uitwendige keering, gecombineerde keering op den voet, afhalen van een voet.

Hoewel het bloedverlies in enkele gevallen aanzienlijk is geweest, is daaraan geen vrouw bezweken. Het eenige sterfgeval, dat wij onder deze rubriek te betreuren hadden, was aan infectie te wijten, terwijl het bloedverlies van geen beteekenis was geweest. (Zie blz. 74.) De andere 6 kraamvrouwen maakten het naderhand goed.

Loslaten der placenta vóór de geboorte.

Hoewel in een paar gevallen bloeding vóór de geboorte aanleiding gaf te denken aan bovengenoemde afwijking, verliep de baring zonder eenige stoornis en zonder eenige therapie. Het volgende geval echter dient kort vermeld te worden.

N°. 469 (1900), 42-jarige XIII para. Patiënte, een zwak, nerveus persoontje, had sedert den vorigen avond nu en dan wat bloed verloren, toen ze 's ochtends verloskundige hulp inriep. Ze was à terme. Uitw. onderzoek gaf geen resultaat daar de uteruswand zoo strak gespannen was; alleen r. beneden den fundus was de uterus weeker, doch aldaar plaatselijk nog sterker uitgezet. De weeën waren goed, harttonen niet te hooren. Inwendig werd het hoofd in A. a. l. v. half ingedaald gevonden bij 7 cM. ontsluiting en staande vliezen. Boven het ostium werd aan éénen kant een weefsel gevoeld, 't welk geleek op placentairweefsel, doch dat ook wel deed denken aan sterk verdikte vliezen. Bloeding was er niet en vertoonde zich ook niet veel meer. Wegens vermoedelijke loslating der placenta en placenta praevia lateralis werden de vliezen gebroken; het kind kwam een kwartier daarna ter wereld. De uterus bleef na de uitdrijving zeer groot, zoodat thans zelfs aan tweelingen werd gedacht. Bij palpatie bleek het echter bloed te zijn; bij druk op den buik kwamen een groote hoeveelheid coagula te voorschijn; eenigen tijd daarna (± ½ uur p. p.) werd de placenta geëxprimeerd. Deze bevatte eenige infarcten en verder twee versche haemorrhagieën, ter grootte van een noot, die nagenoeg de geheele dikte der placenta innamen; een gedeelte van den rand was zeer dun en ruw; dit is waarschijnlijk in het ostium gevoeld. Het kind was dood. De moeder maakte het goed, ook in het kraambed. De vroegtijdige loslating der placenta heeft dus èn een uitwendige èn een inwendige veel sterkere bloeding veroorzaakt.

Eclampsie.

Slechts 1 geval is in de polikliniek behandeld: de andere zijn naar de kliniek overgebracht.

N°. 229 (1899), 22-jarige I para. Practicant werd 's morgens om 4 uur ontboden, terwijl er nog geen weeën of ontsluiting waren; omstreeks 2 uur 's middags kwam er ontsluiting; 's avonds half 7 eclamptische aanval; clonische krampen van armen, beenen, hoofd- en oogspieren, snorken, bewusteloosheid. Na 20 minuten 2e aanval, waarbij chloroform werd toegediend. Om 7 uur forcipale extractie in narcose van een levend kind bij 7 à 8 cM. ontsluiting. A. a. l. v. Ruptura perinei met 1 sutuur gehecht. Secale-injectie wegens na bloeding. De patiënte heeft een heftige puerperale infectie doorgemaakt.

Keering wegens afgeweken hoofdligging:
(Behalve de reeds elders vermelde.)

I. N°. 129 (1899), 36-jarige IX para. 1e en 2e partus zeer moeilijk, 7e getermineerd in narcose; bij den 8en partus werd wegens primaire weeënzwakte gedurende 5 dagen lang herhaaldelijk de cervix getamponeerd. In 't begin van den 9en partus werd gevonden afgeweken hoofdligging, hoofd l., rug voor. Daar keering op het hoofd door uitwendige handgrepen mislukt, wordt (in narcose?) gecombineerde versie op het hoofd gedaan; hierbij breken de vliezen onopzettelijk. Daarna treedt eene weeënpause in, die 30 uren duurt, waarna langzaam de partus verder gaat. Harttonen eerst 120, later niet meer te hooren. De laatste paar uren vóór den partus had patiënte verhoogde temperatuur (< 39.2°). Ten slotte wordt spontaan, bijna 3 dagen na het begin der eerste weeën, een dood kind geboren.

II. N°. 45 (1899), 26-jarige II para. Bij deze patiënte, wier 1e partus spontaan verliep, bestond afgeweken hoofdligging, rug achter, hoofd rechts, met zwakke weeën. In narcose wordt door uitwendige handgrepen keering op het hoofd gedaan, terwijl de inwendige hand controleert. 't Kind werd na eenige uren spontaan levend geboren.

III. N°. 284 (1899), 39-jarige VIII para. Bij patiënte, wier vorige partus alle spontaan waren verloopen en bij wie geen bekkenvernauwing werd geconstateerd, werd bij volkomen ontsluiting en gesprongen vruchtblaas een beweeglijk hoofd op den ingang gevonden met een handje er naast. De weeën waren krachtig. Daar het hoofd zoo lang beweeglijk op den ingang bleef staan werd in narcose versie en extractie verricht met gunstigen afloop voor moeder en kind.

IV. N°. 655 (1899), 39-jarige VI para. 8 uur na het begin der weeën werd het 1 kind in K. a. r. v. geboren. Wegens afgeweken hoofdligging van het 2e kind werd een uur na de geboorte van het eerste versie en extractie verricht. Twee afzonderlijke placentae.

Tweelingzwangerschap
werd 28 maal waargenomen, nl. bij 5 primiparae, bij 23 multiparae. 39 Kinderen kwamen spontaan ter wereld, 17 met kunsthulp. Deze laatste zijn beschreven in de hoofdstukken: dwarsligging, voet- of stuitligging, weeënzwakte enz.

De volgende tabel geeft een overzicht van de gevallen:

Nº.	Nº. historia partus.	Para.	Oud.	Positie kinderen.	Tijdsverloop tusschen geboorte eerste en tweede kind.	Aard der verlossing.	Aanmerkingen.
1	175	VIII	40	A. a. l. v.	30 minuten.	Spontaan.	l. l. = levend.
	(1899)			A. a. r. v.		„	l. d. = dood.
2	14	III	27	A. a. e. v.	10 minuten.	Spontaan.	l.
	(1899)			A. a. r.		„	l.
3	271	X	38	?		Spontaan.	l.
	(1899)			A. a. l. v.		?	?
4	535	III	29	A. a. l. v.	20 minuten.	Spontaan.	l.
	(1899)			A. a. r. v.		„	l.
5	655	VI	39	K. a. r. v.	1 uur.	Spontaan.	l.
	(1899)			afgeweken hoofdl.		Versie. Extr.	l.
6	645	III	27	hoofdl.	3 uur.	Spontaan.	l.
	(1899)			dwarsl		Versie Extr.	l.
7	416	VI	36	A.	$2\frac{1}{2}$ uur.	Spontaan.	l.
	(1899)			dwarsl.		Versie. Extr.	d. (congenit. gebreken.
8	3	XIX		A. a. l. v.	8 uur.	Spontaan.	l.
	(1899)			dwarsl.		Versie. Extr	d.
9	196	I	34	A. a. l. v.		Forcipaal.	l.
	(1899)			A. a. l. dw.		Expressie.	d. niet levensvatbaar.
10	2	I	24	a. l.		Spontaan.	l.
	(1899)			St. s. l.		Extractie.	l.
11	215	I	26	A. a. l. v.	1 uur.	Spontaan.	l.
	(1899)			Vt.	„	Extractie.	l.
12	146	III	35	St.	20 minuten.	Extractie.	l. 4.15 Kg.
	(1899)			Vt.		„	l. 3.6 „
13	59	IV	30	?	1 minuut.	Spontaan.	partus immaturus.
	(1900)			?		„	
14	60	X	30	A. a. l. dw.	10 minuten.	Spontaan.	l.
	(1900)			A. a. l. dw.		„	l.
15	77	VIII	36	A. a. l. v.	1 uur.	Spontaan.	l.
	(1900)			St. s. r.		„	l.
16	217	I	24	K. a. r. a.	30 minuten.	Forceps.	l.
	(1900)			K. a. r. a.		Spontaan.	l.
17	225	X	39	St. s. r. a.	15 minuten.	Spontaan.	l.
	(1900)			A. a. l. v.		„	l.
18	237	X	36	A. a. r. v.	1 uur.	Spontaan.	l.
	(1900)			Vt.		Extractie.	l.
19	246	IX	31	A. a l. v.	45 minuten.	Spontaan.	l.
	(1900)			St. s. l. v.		Extractie.	l.
20	341	II	23	A. a. r. v.	$1\frac{3}{4}$ uur.	Spontaan.	l.
	(1900)			A. a. l. v.		Extractie.	l.
21	406	III	47	A. a. r. v.	10 minuten.	Forcipaal.	l.
	(1900)			Vt. s. l.		Extractie.	l.
22	419	IX	39	A. a. l. v.	$1\frac{1}{4}$ uur.	Spontaan.	l.
	(1900)			St. s. r.		„	l.
23	547	XI	42	hoofdl.	30 minuten.	Spontaan.	l.
	(1900)			A.		„	l.
24	607	XV	40	K. a. l. a.	$7\frac{1}{2}$ uur.	Spontaan.	l.
	(1900)			St. s. r. a.		Expressie.	l.
25	808	VII	29	A. a. l.	3 uur.	Spontaan.	l.
	(1900)			St. s. r. v.		„	l.
26	820	III	33	?	?	Spontaan.	l.
	(1900)			Hoofdl.		„	l.
27	894	VIII	32	A. a. l. v.	10 minuten.	Spontaan.	l.
	(1900)			St. s. r. v.		Extractie.	l.
28	948	II	25	K. a. l. v.	30 minuten.	Spontaan.	l.
	(1900)			A. a. r. a.		„	l.

Omtrent het geslacht der kinderen en den toestand der secundinae zijn de opgaven te onvolledig om er hier gewag van te mogen maken.

Ruptura perinaei

moet hier volledigheidshalve genoemd worden, hoewel de opgaven daaromtrent zeker niet volledig zijn. Voor 1899 zijn zij zóó onnauwkeurig, dat wij die hier stilzwijgend voorbijgaan. In 1900 zijn er 36 vermeld op 972 vrouwen (110 primiparae); 17 maal was hier de ruptuur bij eene kunstmatige verlossing ontstaan. Driemaal was de ruptuur compleet, tot in den anus: een hiervan genas niet. Deze vrouw heeft zich ook later niet voor plastiek aangemeld. Alle rupturen, ook de zeer kleine, werden gehecht met zijde en genazen in den regel p. p. i.

Ook over de

Uitdrijving der placenta

zouden wij gaarne uitvoeriger mededeelingen doen, indien de verslagen ons daartoe in staat stelden. Voor 't jaar 1899 zwijgen wij er daarom geheel over.

In 1900 (972 partus) werd de placenta

spontaan geboren	188	maal
binnen het uur uitgedrukt	599	„
„ twee uren „	139	„
na „ „ „	17	„
manueel verwijderd.	8	„

van 29 gevallen is het niet medegedeeld.

Den praktikanten wordt de raad gegeven, zich in het eerste half uur na de geboorte van het kind niet om de placenta te bekommeren, alleen de vrouw in het oog te houden en op bloeding te letten. Is het eerste half uur verstreken, dan moet de blaas, zoo noodig, worden geledigd, en door uitwendig onderzoek worden uitgemaakt, of de placenta reeds in het onderste uterussegment gedreven is of niet. In het eerste geval mag zij nu door uitstrijken van het onderste uterus-segment of door lichten druk op den fundus uteri worden verwijderd, in het laatste geval wordt nogmaals een half uur gewacht, waarna het onderzoek herhaald wordt. Is zij ook dan nog niet los geraakt, dan wordt de handgreep van Credé toegepast. Dat in weerwil van deze voorschriften in 1899 5 maal, in 1900 8 maal, op 1632 verlossingen dus 13 maal, d. i. in 0.8% der gevallen de placenta met de hand uit den uterus moest worden verwijderd, is wel een bewijs, dat de voorschriften

niet altijd getrouw zijn opgevolgd, en dat door ontijdige manipulaties het normale mechanisme gestoord werd. Schadelijke gevolgen van beteekenis zijn er overigens niet waargenomen. In de meeste gevallen was het kraambed geheel ongestoord.

Over bloedingen post partum

kunnen wij evenmin veel meedeelen. Ernstige haemorrhagieën zijn slechts hoogst zelden voorgekomen, en wat door een jongen practicant als zoodanig werd geboekt, is natuurlijk cum grano salis op te vatten. Tot uterus-tamponnade zijn wij geen enkele maal genoodzaakt geworden, hoewel wij dit middel zeer hoog stellen bij bloedingen na de baring. Er dient echter vermeld te worden, dat wanneer bij eene atonische nabloeding de ter hulp geroepen assistentie ter plaatse is, de bloeding — bij gebrek aan bloed — in den regel reeds tot staan is gekomen en de assistent meestal niets te doen vindt dan injecties van ergotine en kampher-olie, clysma's en subcutane infusies van physiologische zout-oplossing. De practicant durft meestal een uterus-tamponnade niet aan, of meent zich van zijn plicht te hebben gekweten door een jodoformgaastamponnetje ter grootte van een stuiter in de vagina te stoppen.

Er heerschen in dit opzicht soms eigenaardige opvattingen. Zoo is het een stereotype vraag, die telkens den 1sten van de maand door de pas in functie getreden practicanten wordt gedaan: „Mag ik bij bloeding uterustamponnade verrichten, of moet ik daarvoor wachten op den assistent?" Het antwoordt luidt, dat iedëreen verplicht is het leven van zijn medemensch te redden, indien dit in gevaar is.

Wanneer echter de nood aan den man komt en er een werkelijk ernstige haemorrhagie te bestrijden valt, dan laten meestal kalmte en kennis in den steek en er wordt òf een verkeerde therapie aangewend òf de juiste slecht toegepast.

In een van de verslagen van 1899 wordt vermeld, dat onmiddellijk na de geboorte van het kind een heftige bloeding begon. De practicant masseerde den uterus, doch zonder resultaat. Daar niet te denken viel aan een cervixruptuur of andere complicaties, meende hij goed te doen tot allen prijs de placenta te verwijderen en daar deze, ondanks krachtige toepassing van de methode Credé, niet verscheen, trachtte hij de nageboorte met de hand los te maken. Hij bleef echter bij dit werk halverwege steken; de toestand van de vrouw en de voortdurende bloeding deden hem den schrik om het hart slaan; er werd een stukje gaas in de vagina gestopt en naar alle kanten om assistentie gezonden. Gelukkig kwam deze spoedig en kon afdoende hulp worden verleend. Nu is het zeker

dat voor een jongen practicant bloedingen post partum een waar schrikbeeld zijn. Het is voorgekomen, dat iemand na een dozijn partus verzocht van zijn functie ontheven te worden, daar hij na ettelijke nabloedingen doorleefd te hebben niet meer bij eene bevalling dorst assisteeren. En toch laat nooit de keuze van de te volgen therapie minder twijfel over en nergens is deze doeltreffender en gemakkelijker toe te passen dan juist bij nabloedingen.

Aan de practicanten wordt nadrukkelijk geleerd na de geboorte van het kind den uterus te bewaken; men moet zich dus voortdurend overtuigen dat de kraamvrouw niet bloedt en dat de uterus niet stijgt, dat er dus ook geen inwendige bloeding bestaat. Verloopt alles zonder stoornis, dan wordt na minstens drie kwartier door druk met de ulnairzijde van de hand boven de symphysis nagegaan of de placenta het corpus uteri heeft verlaten. Is dit zoo, dan ziet men — zooals bekend — de navelstreng verder naar buiten gaan en kan men de placenta uitstrijken of door lichten druk verwijderen. Men dient zich vóór deze manipulaties te overtuigen, dat de navelstreng niet voor een deel opgerold in de vagina ligt, zoodat men niet uit het naar buiten treden hiervan verkeerdelijk besluit dat de placenta los is. Blijft de navelstreng op haar plaats liggen of gaat zij naar binnen bij druk boven de symphysis, dan zit de nageboorte nog in het corpus uteri en moet men na eenigen tijd, bijv. een kwartier dezelfde manoeuvre nog eens herhalen, na zoo noodig de blaas te hebben geledigd.

Ziet men in het nageboorte-tijdperk een *lichte* bloeding, dan is dit in den regel een bewijs, dat de uterus zich op dat oogenblik contraheert en het bloed, dat zich tijdens de weeënpauze ophoopte, naar buiten drijft. Deze toestand vereischt dus geenerlei therapie. Soms ziet en voelt men, dat de uterus zich telkens en telkens contraheert en de fundus stijgt; de patiënte klaagt over pijn; bloeding naar buiten bestaat echter niet. Lichte expressie is hier voldoende om een aantal coagula te zien verschijnen, met of zonder placenta. Er hoopte zich bloed in den uterus op, dat om de een of andere reden — bijv. omdat placenta, vliezen of stolsels het ostium verstopten — niet naar buiten kon komen.

Bestaat er een *ernstige* bloeding, dan zal meestal de uterus geheel slap zijn en is massage noodig en dikwijls voldoende de bloeding tot stilstand te brengen. Gebeurt dit niet en wordt de bloeding onrustbarend, dan moet men na door krachtige massage een contractie te hebben opgewekt en na den uterus in de mediaanlijn te hebben gebracht, de placenta door Credé's handgreep verwijderen. Laat deze in den steek en blijft de patiënte te veel bloed verliezen, dan moet men de placenta met de hand losmaken en

vooral zorgen dat men *niets* in den uterus achterlaat. In bijna alle gevallen is hiermee de bloeding geëindigd. Is dit niet het geval dan spuite men 1 à 2 gr. Extr. secalis corn. in de dijen en geve een heete vaginaal-irrigatie of men kan den uterus met een kogeltang aanhaken en opvullen met steriel jodoformgaas, dat men na 24 uur weer verwijdert. Blijft nu over de anaemische patiënte, die men op de bekende wijze met injecties van kampherolie, clysma's en infusies van physiologische zoutoplossing heeft te behandelen.

Abortus.

Hiervoor hebben wij in 1899 4 maal, in 1900 9 maal hulp verleend. Gewoonlijk bepaalde zich onze therapie tot het verwijderen van eiresten met den vinger, zonder opvolgende uterus-irrigatie of tamponnade. De afloop was meestal gunstig.

I. N°. 59 (1900), 30-jarige IV para. Patiënte was ongeveer 5 maanden zwanger, toen zij plotseling door weeën overvallen werd, die, voordat verloskundige hulp aanwezig was, twee doode foetus van 27 en 28 cM. lang uitdreven. De placenta moest 4 uren na den partus manueel verwijderd worden, daar afwachten en de handgreep van Credé geen resultaat gaven. De eerste 4 dagen bestond in 't kraambed lichte verhooging (max. 38.1°) en waren de lochiën stinkend, 't geen onder dagelijksche vaginaalirrigaties spoedig beter werd.

II. N°. 353 (1900), ?-jarige X para. Patiënte, die reeds 4 maal een abortus heeft gehad, meende 3 maanden zwanger te zijn, toen ze te midden harer bezigheden door een lichte vloeiing werd overvallen; onder bedrust kwam deze weer tot staan; den volgenden dag verloor ze telkens weer bloed en ging naar bed, totdat ze 24 uur later een hevige bloeding kreeg, die haar noopte hulp in te roepen. De practicant vond de vrouw anaemisch met weinig bloedverlies. De cervix was niet toegankelijk, de vrucht vermoedelijk nog niet uitgedreven; wegens de bloeding werd de vagina opgevuld met jodoformgaas. Eenige uren daarna was de tampon doorweekt, hij werd verwijderd en daar thans de cervix voor den vinger toegankelijk bleek, werd behalve de vagina ook het cervicaalkanaal getamponneerd. 24 uur later werd de tampon verwijderd, en waren er deelen van het ei in de cervix te voelen; deze werden verwijderd en ook de uterusholte met den vinger leeggemaakt. Geen tamponnade meer. Kraambed geheel koortsvrij.

III. N°. 683 (1900), 33-jarige X para. Patiënte verzocht wegens een sterke bloeding verloskundige hulp; 14 dagen te voren had ze ook bloed verloren en werd toen in de Gynaec. Poliklin. onderzocht, waar geconstateerd werd een geretroflecteerde uterus gravidus 4e

maand, met dood kind waarschijnlijk. Er werd een pessarium geappliceerd. De bloeding stond spoedig, bij inw. onderzoek werd het cervikaalkanaal niet toegankelijk gevonden. Den volgenden dag herhaalde zich de bloeding en thans werd behalve het pessarium ook de foetus uit de vagina verwijderd, doch geen vliezen; het ostium was niet toegankelijk. Daar na een paar uur de bloeding niet tot staan kwam, werd de vagina stevig opgevuld met jodoformgaas. Den volgenden voormiddag gelukt het met den vinger het ostium te passeeren en de achtergebleven vliezen te verwijderen. De foetus was 6 cM. lang, een aanduiding van de placenta was in de vliezen waar te nemen. Kraambed ongestoord.

Deze tamponnade moet natuurlijk als een kunstfout worden beschouwd!

IV. N°. 717 (1900), 31-jarige VII para. Patiënte, die van Nov. 1899—15 Juli 1900 amenorrhoe had, komt 17 Juli in de Gynaec. Poliklin., waar gevonden wordt een uterus gravidus 4e maand, met waarschijnlijk dood foetus. Pat. meende 8 mnd. zwanger te wezen. 1 Aug. Status ut ante, alleen nu en dan bruingele vloeiing, soms een weinig bloed. Algemeene toestand goed. 10 Aug. Vloeit niet meer. Voelt zich goed. 30 Oct. wordt verloskundige hulp ingeroepen wegens vloeiing; pat. heeft een pot vol bruin bloed verloren, reukeloos, geen stolsels. Ost. ext. blijkt geopend, ost. int. niet toegankelijk. De vloeiing houdt spoedig op, absolute rust wordt in acht genomen. Den volgenden dag treedt weer een lichte vloeiing op, doch vergezeld van weeën. Bij onderzoek blijkt in de vagina de stuit van den foetus voelbaar, die zonder moeite wordt geëxtraheerd. De vrucht was 24.5 cM. lang. De placenta moest later manueel verwijderd worden. De navelstreng was 71 cM. lang. Kraambed geheel ongestoord.

V. N°. 838 (1900), 40-jarige IX para. Toen patiënte 2½ maand zwanger was, heeft zij een vloeiing gehad, die weer geheel ophield. Thans nu zij 4 mnd. zwanger is, treedt weer een vloeiing op, die zich den volgenden dag herhaalde, terwijl onder weeachtige pijnen het complete ei wordt uitgestooten. Kraambed ongestoord.

VI. N°. 934 (1900), 41-jarige XVII para. Patiënte, die reeds 5 maal een abortus heeft gehad, krijgt nu zij een paar maanden zwanger is een sterke vloeiing. Bij onderzoek blijkt het cavum uteri toegankelijk voor den vinger en worden de eiresten verwijderd. De vrucht zelve werd niet ontdekt, maar was misschien al met het bloed uit het bed verwijderd. Kraambed ongestoord.

VII. N°. 913 (1900), 37-jarige X para. Toen patiënte ongeveer 4 mnd. zwanger was, kreeg zij een abortus, waarbij echter de placenta niet te voorschijn kwam. Daar de vrouw koorts kreeg en het

ostium int. den vinger niet doorliet, teneinde de abortus-resten te kunnen verwijderen, werd in de kliniek in narcose de uterus gecuretteerd. Daarbij werd in den voorwand van den uterus een klein intramuraal myoom gevonden.

VIII. N°. 888 (1900), 30-jarige V para. Patiënte was in de 3e zwangerschapsmaand, toen zij begon te vloeien; dit duurde een geheele week en werd daarna zoo erg, dat zij verloskundige hulp besloot in te roepen; zij meende toen het vruchtje te zijn kwijtgeraakt. De vrouw was zeer anaemisch en had nu en dan weeën. Bij inw. onderzoek bleken de eivliezen uit het ostium in de vagina te hangen. Met den vinger werden deze uit vagina en uterus verwijderd. Kraambed goed.

IX. N°. 866 (1900), 39-jarige X para. De zwangerschap verliep gedurende 4 maanden ongestoord toen patiënte onder pijn een hevige bloeding kreeg, waarom zij een medicus consulteerde, die rust voorschreef. Gedurende een vijftal dagen bleef patiënte te bed liggen, doch het vloeien hield niet op. Zij riep toen de hulp der polikliniek in; bij onderzoek bleek de placenta uit het ostium te hangen. Met eenige moeite werd deze met den vinger verwijderd. Kraambed goed.

Kraambed.

Het is niet mogelijk uit de ingeleverde rapporten een goed beeld te vormen omtrent den gezondheidstoestand der poliklinische kraamvrouwen. De lichte stoornissen, die na een paar dagen weder geweken zijn, worden meestal niet vermeld, evenmin als uitdrukkelijk de afwezigheid van stoornissen wordt aangeteekend. Alleen de ernstiger afwijkingen zijn ongetwijfeld geboekt, en ook te onzer kennis gekomen door persoonlijk onderzoek. Zoo durven wij dus verklaren, dat ernstige ziekteverschijnselen in het kraambed in de besproken twee jaren zeer zelden zijn waargenomen. Daarmede is echter niet gezegd, dat nu ook maar zeer weinig vrouwen bezwaren *na* het kraambed, en van de bevalling afhankelijk, ondervonden. Een enkele blik in de registers der gynaecologische polikliniek en in de geschiedenissen der gynaecologische kliniek leert ons, dat vrouw A. of B. zich 4,5 weken post partum aanmeldde met klachten over bloeding of pijn, bij onderzoek een restant van parametritis of van pelvis-peritonitis, of een geretroflecteerden uterus bleek te hebben, en in de registers der verloskundige polikliniek een ongestoord kraambed heet te hebben gehad! Wij herinneren ons dan zeer goed, dat ons over vrouw A. of B. absoluut niets is gerapporteerd, dat wij haar zelf dus ook niet bezocht hebben. Dergelijke gevallen kunnen wij in vrij grooten getale gemakkelijk opzoeken.

Het aantal kraambedziekten is dus stellig betrekkelijk groot en het *moet* wel groot zijn. Antiseptiek leert men niet in korten tijd: vele candidaten springen daarmede dan ook allerbedroevendst om. De techniek van het onderzoek moeten zij nog leeren. Hun kennis van „het kraambed", hun vaardigheid in 't diagnostiseeren van allerlei meer of minder ernstige afwijkingen is nog zeer onvolledig. Het kan dus niet uitblijven, dat zij dikwerf ziekten veroorzaken en ziekten niet herkennen. Slechts voor een deel kan hun hiervan een verwijt worden gemaakt, en de verzuchting, die wij in dit opzicht slaken, moge dus zoowel voor hen als voor ons zelf een prikkel blijven, om dat euvel zooveel mogelijk te doen afnemen.

Wij moeten derhalve constateeren, dat veel meer kraamvrouwen schade, ernstige schade geleden hebben in het kraambed, dan wij in cijfers kunnen uitdrukken. Wanneer wij zeggen, dat er betrekkelijk weinig ernstige stoornissen zijn voorgekomen, bedoelen wij daarmede dus, dat wij betrekkelijk weinig ernstige gevallen in de eerste 14 dagen post partum hebben beleefd. Dat zijn b.v. een paar gevallen van phlegmasia alba dolens, een paar gevallen van zware endometritis, die weken na het verwijderen van een placentarest uit den uterus, een ernstige parametritis, die naar de kliniek werd overgebracht en daar genas, na resorptie van het exsudaat.

Maar, wat nog erger is, wij hebben 5 sterfgevallen beleefd in de polikliniek — geen enkel in 1899, alle in 1900.

I. N°. 119 (1900), 39-jarige VII para. Patiënte is, vóórdat verloskundige hulp ter plaatse was, zonder eenige moeite bevallen van een levend praematuur kind; *derhalve zonder dat inwendig onderzoek heeft plaats gehad.* Alleen is een uur p. p. de urine met den catheter afgenomen, en daarna de placenta met Credé's handgreep verwijderd. Vóór de bevalling heeft pat. gedurende de laatste dagen veel bloed verloren uit een varix aan het onderbeen; wellicht is het hieraan toe te schrijven, dat het kind ongeveer 4 weken te vroeg is geboren (de lengte bedroeg 45 cM.). Het kind bleef sedert de geboorte cyanotisch en stierf na een dag. Aan het verslag kan verder het volgende ontleend worden:

22 Febr. (daags na den partus) temp. 39.3, pols 144. Buik pijnlijk. Sterke diarrhoe. IJsblaas. Ol. Ricini.

23 Febr. Pols 130. Buik minder pijnlijk. Minder diarrhoe. Braakt alles uit. Codeïne-poeders.

24 Febr. Temp. 39.1, pols 130. Braken opgehouden. Pijnlijkheid dezelfde. De lochia ruiken wat onaangenaam.

25 Febr. Temp. 38, pols 132. Status idem.

28 Febr. 's avonds 8 uur. Pat. heeft heden 6 of 7 maal dunne, stinkende ontlasting gehad. Respiratie uiterst frequent en opper-

vlakkig. Temp. 38.5, pols ± 160, zeer klein en haast niet te tellen. Buik weinig opgezet, weinig pijnlijk. Na een paar campherspuitjes wordt de pols beter; het sensorium van patiënte echter niet. De toestand blijft echter achteruitgaan, het bewustzijn verdwijnt geheel en in den nacht succombeert patiënte.

Welke diagnose moet hier worden ingevuld? Peritonitis, intoxicatie? Het is moeilijk te zeggen. Hoogstwaarschijnlijk is het een puerperaal proces geweest, waaraan de practicant *hoogstwaarschijnlijk* onschuldig is. Immers, al heeft hij niet op de gewone wijze door inwendig onderzoek de infectie teweeg gebracht, toch blijft de mogelijkheid bestaan, dat in het „credeeren" de oorzaak gezocht moet worden. Voor een andere mogelijkheid van infectie mogen wij de oogen evenmin sluiten: hier ter stede zijn in verschillende stadsgedeelten befaamde bakers, die bij de barenden inwendig onderzoek verrichten, vóórdat de vroedvrouw of de practicant gehaald worden. Wij zullen over deze domme vrouwen ons oordeel maar verzwijgen, zoolang er nog medici gevonden worden, die niet veel beter *doen*, hoewel zij het beter konden *weten*.

II. N°. 261 (1900), 30-jarige III para. Nadat onder zwakke weeën en dientengevolge langzaam vorderen der ontsluiting en indaling de baring reeds 2 maal 24 uur geduurd heeft, wordt den 19den April 's morgens 4.30 spontaan een voldragen levend kind geboren. De vrouw had zich voortdurend wel bevonden. Nadat het kind geboren was, was de toestand, woordelijk ontleend aan het verslag, als volgt:

„De vrouw was vrij opgewekt en gaf geen blijken van het een of ander ernstig lijden. De uterus staat gecontraheerd iets beneden den navel. De placenta zit nog vast aan den uteruswand, blijkende uit het uitwendig onderzoek. Om 5 uur klaagt pat. over onwelzijn. Ik zie dat zij bleek wordt. Uterus nog steeds gecontraheerd. 't Abdomen is boven de symphysis niet pijnlijk. Pols is klein en frequent (140). Ik laat haar een glaasje brandewijn nemen en het gezicht met eau de cologne flink wrijven. De toestand gaat achteruit; pat. klaagt dat ze zich erg slecht gevoelt; van tijd tot tijd geeuwt ze krampachtig. Ik geef haar daarom een subcutane injectie van Ol. camphor. De toestand blijft zoowat 't zelfde; de pols wordt iets beter voelbaar een kwartier na de injectie en patiënte vindt zelf ook dat er beterschap intreedt. Deze is evenwel van korten duur. Ze wordt weer slechter, zeer bleek, lippen blauw en zegt niemand te kunnen zien. Ik dien daarop nog een subcutane injectie van campherolie toe, laat 't hoofd laag leggen, de beenen naar boven houden. De uterus blijft steeds gecontraheerd. Deze toestand blijft gedurende een uur dezelfde. Subjectief is geen verbetering,

maar ook geen achteruitgang aanwezig. Ik laat assistentie halen. In dezen tijd geeft pat. aan weer slechter te worden; pols zeer frequent, nauwelijks voelbaar, frequente ademhaling, blauwe lippen, koude extremiteiten, flatus gaan af en urine. Uterus is iets gestegen, maar contraheert zich na zacht wrijven direct weer. In deze periode had ik nog drie injecties van ol. camph. gegeven, maar zonder uitwerking. Er is geen spoor van uitwendige bloeding."

De ter hulp geroepen assistent rapporteert als volgt: „Ik vond patiënte gecollabeerd, met frequente reutelende ademhaling; bij hard toespreken nog eenige woorden uitend; pols nauwelijks voelbaar; gelaat rood (door wrijven), extremiteiten koud en livide, oedeem aan de beenen, pupillen middelmatig groot, reageerend. Ictus cordis te voelen, zachte blazende harttonen te hooren. Uterus gecontraheerd, placenta los; weinig bloed in 't bed, geen bloeding uit de vulva; geen krampen." Inwendig onderzoek werd niet verricht. Ondanks warme kruiken, aetherinjectie en hartmassage succombeerde patiënte om 7 v. m.

Doodsoorzaak: hoogstwaarschijnlijk inwendige bloeding òf uit een uterusruptuur òf een aneurysma.

III. N°. 362 (1900), 45-jarige XV para. Patiënte hoestte sedert lang en expectoreerde veel, 't geen in de laatste dagen vóór den partus nog erger was geworden. De zwangerschap was tot in de 7e maand gevorderd, toen patiënte, zonder dat verloskundige hulp aanwezig was, beviel van een levend kind, dat na 2 uur overleed. De placenta kwam onmiddellijk na het kind. Patiënte was dien dag zeer ziek; was zeer benauwd en hoestte erg. Temp. 38.8°. Volgens bericht van den geneesheer, die pat. reeds vroeger behandelde, is ze 2 dagen p. p. overleden aan pneumonie, reeds vóór den partus bestaande.

IV. N°. 539 (1900), 38-jarige XI para. Door de vroedvrouw werd de hulp der polikliniek ingeroepen wegens bloeding tengevolge van placenta praevia lateralis. Bij onderzoek bleek er slechts weinig ontsluiting te zijn, gebroken vliezen, hoofdligging. Weeën waren afwezig; eerst ongeveer 50 uur later begonnen deze weer, de partus verliep daarna snel en ongestoord zonder verdere bloeding Het kind was te vroeg geboren, was 45 cM. lang en stierf denzelfden dag.

De kraamvrouw kreeg na de geboorte een collaps, zeer kleine zwakke frequente pols, bleekheid, koude rillingen; echter geen bloeding. Excitantia maakten den toestand weer beter. Alleen bleef patiënte erg pijnlijk vooral op en rechts van den uterus, die goed gecontraheerd 3 vingers beneden den navel stond. 's Namiddags van denzelfden dag klaagde de vrouw over heftigen dorst en pijn in 't abdomen. Temp. 37.3. Pols 108. Lochia stinken

niet. In den loop van den middag echter krijgt ze heftige diarrhoe, braakt dikwijls en heeft veel pijn in den buik. 's Avonds 9 uur is de temp. 38.5°, de pols 112, zwak en klein. De uterus zeer gevoelig bij druk. Daar de lochia ietwat stinken wordt de vagina uitgespoeld met 1°/₀ lysoloplossing.

Den volgenden morgen, dus daags na de bevalling, is de toestand dezelfde. Pat. heeft koude rillingen. Temp. 39.8. Pols 130. Respir. 44. Lochiën stinken. 's Avonds 9 uur temp. 38.6°. Pols zwak en frequent. Abdomen pijnlijk. Geringe graad van meteorismus. Ademhaling frequent en oppervlakkig. Den daaropvolgenden ochtend te 9 uur, 2 dagen p. p., succombeert patiënte. Doodsoorzaak: vermoedelijk peritonitis, septichaemie.

V. N°. 778 (1900), 40-j. XII para. Den 29sten October 1900 is patiënte voorspoedig bevallen. De placenta werd ½ uur p. p. uitgedrukt, waarbij een stukje van de vliezen achterbleef.

Den 2en dag na de bevalling werd ze ziek: opgezette buik, stinkende ontlasting, de lochia zouden reukeloos zijn.

1 Nov. De kraamvrouw is angstig, onrustig, dorstig, klaagt overigens over niets. Temp. bij de 40°. Pols 150. Buik sterk opgezet, overal sterk tympanitisch, nergens pijnlijk, lochia stinkend. 2 en 3 Nov. Status idem. Vaginaalirrigaties. 3 Nov. pijn in de leverstreek.

4 Nov. Algemeene toestand slechter, pols kleiner en frequent bij dalende temp. Buik nog meer opgezet, pijnlijk bij druk boven den navel. Boven 't r. lig. Poupartii tot aan de lever bestaat in de flank een demping; linker buikhelft overal hoog tympanitisch. Bij inwendig onderzoek blijkt de uterus nog geopend; aan de voorvlakte is onmiddellijk boven het ost. int. een vlokkige massa te voelen. In de vagina bevindt zich bloederig vocht zonder reuk. Boven 't laquear post. en ook per rectum is een halfweeke, zeer pijnlijke resistentie te voelen in het cavum Douglasii. Patiënte braakt sedert van ochtend. In den thorax, voor zoover na te gaan, geen veranderingen. Patiënte wordt met de diagnose: peritonitis purulenta, gedeeltelijk afgekapseld, in de kliniek opgenomen. De urine wordt vrij van eiwit bevonden. Het plan tot operatie wordt wegens uitputting van patiënte uitgesteld tot den volgenden morgen.

5 Nov. Sedert 's nachts toenemende collaps, 't geen van operatieve behandeling doet afzien. De collaps verergert en 's nam. 1 uur succombeert patiënte

Obductie. Cor en pulmones normaal. In pleuraholten en pericard wat bloederig transsudaat. Lever zeer groot; op doorsnede troebele zwelling en vettige degeneratie te zien. Gewicht 2200 gram.

Darmen zeer sterk uitgezet.

In de peritoneaalholte een groote hoeveelheid sterk bloederig exsudaat, alleen in den rechter recessus troebel door vermenging met pus. Ook 't cavum Douglasii gevuld met etter; nergens stolsels. Uterus ter grootte van een kinderhoofd, slap. Rechter tuba en ovarium uiterlijk normaal. Links een gebarsten cyste tusschen de bladen van 't lig. latum; bij druk komt daaruit bloed te voorschijn. Portio vaginalis normaal, zonder ulcera. Endometrium bedekt met een groenachtig bruine massa, waarin fibrine-vlokken. Op de plaats der placenta zijn nog restes daarvan te herkennen, die zeer adhaerent zijn.

De linker tuba loopt over de cyste heen, en gaat er niet in over.

De fimbriën eindigen geheel vrij; het ostium abdominale is wijd open. Het slijmvlies der tuba is met pus bedekt.

De cyste blijkt te zijn een parovariaalcyste; het ovarium ligt er vrij naast. De rechter tuba bevat ook pus in het uterine deel; doch het proces is daar nog niet tot het einde voortgeschreden.

Het meest waarschijnlijke is dus, dat de infectie hier door de tuba direct op het peritoneum is overgegaan. Wel bestaat aan de voorzijde der aorta purulente lymphangitis; doch op de achtervlakte van den uterus zijn nergens lymphevaten te vinden, die ook ontstoken zijn.

Samenvattend verloren wij derhalve 5 kraamvrouwen.

I. Infectie, vermoedelijk niet door den practicant veroorzaakt.

II. Inwendige verbloeding, hoogstwaarschijnlijk buiten de schuld van den practicant.

III. Pneumonie, reeds vóór de bevalling bestaande, oorzaak van de vroegtijdige baring en van den dood.

IV. Bij vroegtijdige loslating der placenta infectie door practicant of vroedvrouw.

V. Infectie, vermoedelijk door den practicant te weeg gebracht. Dit laatste mogen wij als *vermoedelijk* juist aannemen, omdat enkele dagen later een zijner kraamvrouwen een heftige endometritis met opvolgende parametritis kreeg, waarvan zij in de kliniek genas.

Het 3e geval mag natuurlijk als „puerperaal sterfgeval in engeren zin" worden uitgesloten. De sterfgevallen n°. I en II bezwaren het geweten der poliklinische verloskundigen waarschijnlijk evenmin, IV en V daarentegen wel. Nemen wij het zoo ruim mogelijk, dan hadden wij 4 hoogstwaarschijnlijk of zeker vermijdbare sterfgevallen op 1632 verlossingen of 0,24°/₀, waarvan 3 op infectie berustend of 0.18°/₀.

Kinderen.

Van de 1648 kinderen in het besproken tijdvak geboren, kwamen levend ter wereld 1580, dood 68, waarvan 15 gemacereerd.

Van de overige 53 stierven vóór de geboorte 31, nl.

1899 Nos 518 (aangezichtsligging), 406, 246, 196 en 129 en 1900 Nos 792, 294 en 620 (aangezichtsligging). Doodsoorzaak van allen onbekend.

1899 N°. 642 in 1900 N°. 81 uitgezakte, niet pulseerende navelstreng bij dwarsligging.

1899 Nos 205, 30, 624 en 1900 Nos 857, 163, 312, 682 uitgezakte, niet pulseerende navelstreng bij hoofdligging.

1899 N°. 282 licht gemacereerd (?) kind, forcipaal geboren.
1900 „ 943 en 469 loslaten der placenta vóór den partus.
„ „ 716, 480 en 437 placenta praevia.
„ „ 750 stuitligging. Doodsoorzaak niet bekend.
„ „ 734 verzuimde dwarsliggingg.
„ „ 555 omstrengeling.
1899 „ 144 en 1900 N°. 371. Hierbij lag het kind dood tusschen de beenen der moeder.

7 kinderen werden spontaan asphyctisch geboren, doch konden niet in 't leven worden gehouden:

1899 N°. 416. Het kind werd geboren met dubbelz. palatoschisis en een rudimentair oor; succombeerde na weinige minuten.

1899 N°. 1 was een onvoldragen kind (8e mnd).
1900 „ 830 uitgezakte navelstreng bij hoofdligging.
„ „ 375 omstrengeling.
„ „ 661 nephritis der moeder.
„ „ 95 syphilis „ „
„ „ 362 pneumonie der moeder.

15 kinderen kwamen dood of diep asphyctisch ter wereld, tengevolge van de moeilijke, te lang uitgestelde of verkeerde kunsthulp en vallen dus ten laste van de polikliniek:

1899. N°. 201. Stuitl. Kind geb. tot aan het hoofd, toen hulp ter plaatse kwam. Dood.
„ „ 617. Stuitl. Moeilijke, niet geïndiceerde extractie. Kind diep asphyctisch. Dood.
„ „ 513. Stuitl. Moeilijke, niet geïndiceerde extractie. Kind diep asphyctisch. Dood.
1900. „ 779. Stuitl. Moeilijke extractie. Bekkenvernauwing. Kind diep asphyctisch Dood.

1899. N°. 478. Dwarsl. Uitgez. navelstreng. V. en E. bij onvolk. ontsl. Kind diep asphyctisch. Dood.

„ „ 471. Hoofdl. Uitgez. navelstr. Braxton-Hicks. Uitdrijving ondersteund. Kind diep asphyctisch. Dood.

„ „ 279. Dwarsl. Uitgez. navelstr. Bekkenvernauwing. V. en E. te laat verricht. Kind diep asphyctisch. Dood.

1900. „ 34. Uitgez. navelstr, handje en voetje. Verkeerde therapie. Kind diep asphyctisch. Dood.

1899. „ 323. Forceps. Bekkenvernauwing. Kind diep asphyctisch. Dood.

„ „ 109. Voorhoofdsl. Bekkenvern. V. en E. Kind diep asphyctisch. Dood.

1900. „ 595. Dwarsl. Bekkenvern. Kind diep asphyctisch. Dood.

„ „ 712. „ Keering te laat verricht. Kind diep asphyctisch. Dood.

„ „ 37. „ Keering te laat verricht. Kind diep asphyctisch. Dood.

„ „ 587. Hoofdl. Spontane geboorte te lang afgewacht.

„ „ 108. „ „ „ „ „ „

Vermelding verdient nog, dat één kind ettelijke uren p. p. dood in zijn wiegje werd gevonden tengevolge van bloeding uit de niet stevig genoeg afgebonden navelstreng.

VERSLAG VAN HET BEHANDELDE

in de Vergaderingen van December 1901 en Januari 1902,

DER

NEDERLANDSCHE GYNAECOLOGISCHE VEREENIGING

TE AMSTERDAM.

Vergadering van Zondag 15 December 1901.

Voorzitter: Prof. KOUWER.
Secretaresse: Dr. CATHARINE VAN TUSSENBROEK.

Na 't openen der Vergadering vertoont de Secretaresse een uit Milaan aan de Gynaecologische Vereeniging toegezonden boekdeel, dat een statistiek van ruim 1000 Porro-operaties uit alle oorden van de wereld omvat. Het werk zal bij de overige in 't archief berustende boeken bewaard worden, en evenals deze — meerendeels vergaderingverslagen van Vereenigingen waarmede onze Vereeniging hare notulen ruilt — tot nader orde bij haar op te vragen zijn.

De Voorzitter vraagt, of er behalve deze vergaderingverslagen ook schenkingen zijn voorgekomen, waarmede de bibliotheek der Gyn. Vereeniging is verrijkt. De Secretaresse zegt, dat die schenkingen zich tot dusverre bepalen tot een paar dissertaties, maar dat er, voor eventueel te ontvangen boekwerken, nog veel plaats beschikbaar is.

Daarop wordt de carcinoom-enquête nogmaals ter sprake gebracht. De heer Stratz en de Secretaresse hebben de quaestie nog eens overwogen en zijn gekomen tot de volgende conclusies.

Het aantal gevallen, waarover wij als resultaat van de gehouden enquête reeds nu beschikken kunnen, bedraagt bijna 300. Daarenboven is het materiaal van de Amsterdamsche kliniek op 't oogenblik voor een dissertatie in bewerking, en van die zijde kan op nog bijna 300 gevallen worden gerekend. Wanneer deze dissertatie, zooals te verwachten is, binnen niet al te lange tijdruimte verschijnt, dan is het wenschelijk daarop te wachten, omdat het statistische materiaal daardoor verdubbeld wordt. Dat wachten behoeft niet werkeloos te zijn; met den opzet van het artikel en vooral met de reproductie der afbeeldingen kan alreeds worden begonnen. Het komt ons n.l. wenschelijk voor, in het opstel eenige sprekende afbeeldingen op te nemen. De heer Stratz is zoo goed geweest, daartoe een paar fraaie makroskopische en mikroskopische teekeningen beschikbaar te stellen van het geval van corpus-carcinoom, dat hem indertijd den aanstoot tot het doen van zijn voorstel gaf.

Voegen wij daaraan toe een paar afbeeldingen van het speculumbeeld van corpus- en cervix-carcinoom, eveneens door den heer Stratz geteekend en beschikbaar gesteld, dan kan dit, ter illustreering van een beknopt artikel, zooals wij ons voorstellen te schrijven, wel voldoende worden geacht.

De inhoud van het opstel zou in hoofdzaak moeten neerkomen op het betoog van de noodzakelijkheid van vroege carcinoom-diagnose, en van de onmisbaarheid voor die diagnose van het histologisch onderzoek; een en ander nader toegelicht door een paar sprekende ziekte-gevallen.

In verband met de statistiek zouden vooral de volgende punten ter sprake moeten worden gebracht:

De frequentie van het carcinoom.

Het gering procent van de gevallen, die nog operabel zijn, als zij worden herkend.

De slechte eindresultaten der operatieve therapie, doordat de patiënten te laat tot operatie komen.

Oorzaken daarvan: zorgeloosheid en onwetendheid van patiënten en, somtijds, van medici (geringheid der subjectieve en objectieve symptomen).

Eisch van verdubbelde waakzaamheid, inzonderheid omstreeks het climacterium en bij postpuerperale bloedingen (deciduoma malignum).

De punten waarop het in de praktijk aankomt kunnen ten slotte in een paar korte conclusies worden samengevat.

De Secretaresse vraagt, of de vergadering er zich mee kan vereenigen, dat het plan op dezen grondslag wordt uitgewerkt; of iemand nog op andere punten nadruk wenscht te leggen, dan die hier opgegeven zijn, en zoo niet, of men kan goedvinden de uitvoering verder over te laten aan het bestuur.

De Voorzitter verheugt zich, dat de berichten over de uitvoerbaarheid van het besluit der Vereeniging zooveel gunstiger luiden dan in de vorige vergadering. Het werkplan dunkt hem goed in elkaar gezet, zoodat de uitvoering tot een gewenscht resultaat kan leiden.

De heer Stratz zou gaarne aan het door de Secretaresse medegedeelde resultaat der voorloopige besprekingen willen toevoegen, dat hij in 't belang van de zaak beter acht, bij de aanstaande publicatie niet op den voorgrond te treden, zoodat zijn naam niet onder het stuk komt te staan. De Voorzitter en de Secretaresse, misschien nog een of twee invloedrijke leden der Vereeniging, bij voorkeur hoofden van klinieken, zijn de aangewezen personen om het opstel te onderteekenen.

De secretaresse stelt er prijs op te zeggen, dat deze opmerking niet het resultaat is van gemeenschappelijke bespreking, en dat

zij in dezen niet met den heer Stratz meegaat. Zij meent, dat de naam van den voorsteller, die bovendien door het afstaan van teekeningen en andere gegevens een groot aandeel heeft aan het werk, onder de publicatie niet mag ontbreken.

De Voorzitter sluit zich krachtig hierbij aan. Hij is van meening, dat het artikel stellig door dengene die het initiatief tot het werk genomen heeft, mede moet worden onderteekend. Hij kan allerminst inzien, dat de zaak, waarom het te doen is, door terugtreden van den Heer Stratz zou worden gebaat. Daar alle aanwezigen zich hierbij aansluiten, geeft de heer Stratz den strijd op, nadat zijn opmerking, dat de publicatie officieel moet uitgaan van de Gynaec. Vereeniging, door de vergadering is beaamd.

De heer Nijhoff doet hierop mededeeling van drie gevallen uit de Groningsche kliniek.

Het eerste geval, een zeldzaam specimen van een zoo vroeg mogelijk verrichte operatie, betreft een carcinoma corporis uteri, dat door vaginale totaalextirpatie is verwijderd.

De patiënt was een vrouw van 53 jaar, die voor 6 jaar het climacterium was ingetreden.

Zij had de laatste maanden een weinig leukorrhoe bespeurd, maar overigens geen klachten gehad, tot, begin Nov. voor het eerst een vloeiing optrad. Pat. werd den 24sten Nov. in de kliniek opgenomen en gecuretteerd. Nadat de mikroskopische diagnose van het uitkrabsel op adeno-carcinoom was gesteld, werd 30 Nov. de uterus geëxtirpeerd.

De geëxtirpeerde uterus wordt gedemonstreerd. De geheele uterusmucosa blijkt reeds pathologisch veranderd te zijn.

Het tweede praeparaat is een haematosalpinx, verwijderd bij een patiënte met gynatresie, waar in de vagina een afsluiting van circa 2½ cM. bestond. Er was een haematocolpos; daar boven, schuin naar links verloopend, voelde men een tweeden tumor.

Bij de laparotomie bleek de naar links verloopende tumor de uterus te zijn; de groote zak was de met bloed gevulde vagina, daarenboven werd een rechtszijdige haematosalpinx aangetroffen, die verwijderd werd. De linker tuba was alleen hyperaemisch, maar bevatte in het lumen geen bloed; het ost. abd. was vrij, de fimbriae normaal gevormd.

Nadat de laparotomie-wond genezen was, werd de haematocolpos van onderen geopend.

De derde mededeeling betreft een geval van echte verzuimde dwarsligging, zooals men gelukkig slechts zelden te zien krijgt.

Patiënte werd Donderdagavond, na een rit van 10 uren in een boerenwagen in de kliniek gebracht. Er hing een arm uit de vulva, terwijl de schouder in de vulva zichtbaar was. Perineum en

achterwand der vagina vertoonden een uitgebreid gangraen; bovendien was er bloedige urine. De patiënte verspreidde een ontzettenden stank. Een begeleidend schrijven van den medicus deelde mede, dat hij Dinsdagavond half elf bij de patiënte geroepen, een dwarsligging bij staande vliezen had geconstateerd. Een poging tot uitwendige versie mislukte. Hij was toen eenigen tijd bij de patiënte gebleven, en daarop heengegaan. Den volgenden ochtend vond hij de vliezen gebroken en het vruchtwater afgevloeid. Versie zonder narkose mislukte. Poging tot versie in narkose eveneens. De toestand bleef in statu quo tot Donderdagmorgen, toen de patiënte voor het vervoer naar Groningen op een boerenwagen werd gezet. De temperatuur was bij aankomst weinig verhoogd; de polsslag bedroeg 130. De uterus was sterk uitgezet en gaf overal een tympanitischen toon. De contractiering stond even boven den navel. Het kostte, na aanhaken van den thorax met een kogeltang weinig moeite, het gemacereerde kind op de wijze van zelfontwikkeling te doen geboren worden. De placenta moest manueel worden verwijderd [1]).

Als vierde mededeeling bericht spreker nog dat hij bij een eklamptica in extremis S. C. heeft verricht. Twee uur later is de patiënte gesuccombeerd.

Bij insnijding van den uterus-wand prolabeerden de vliezen, zoodat het buitengewoon gemakkelijk was met de hand er achter te gaan en het ei in toto uit te pellen, zooals onlangs van Fransche zijde werd aangeraden. Deze bewerking duurde stellig niet langer dan $^1/_4$ minuut.

Ofschoon spreker de S. C. niet wenscht te rekenen tot de maatregelen, waartoe men bij eklampsie in de eerste plaats over moet gaan, heeft hij in dit geval, waar de vrouw reeds gepraepareerd en op tafel gelegd was bij zijn komst, gemeend dat een laatste poging om de patiënte te redden, al gaf die weinig kans op succes, toch niet mocht worden verzuimd.

Mej. van Tussenbroek vraagt, wat de bedoeling is van het in toto uitpellen van het ei bij de S. C. Beperking van de bloeding kan het niet geven, daar de placenta mede moet worden losgepeld, en voor het kind is er zeker geen voordeel aan verbonden.

De heer Nijhoff zegt, dat het eenige voordeel bestaat in de zekerheid, dat er van den inhoud van 't ei niets in de buikholte komt. Overigens wil hij de methode volstrekt niet aanbevelen. Het trof hem alleen in dit geval dat het zoo gemakkelijk ging en de operatie er niet door werd gecompliceerd.

---

[1]) De vrouw stierf na twee dagen aan septicaemie. Bij de sectie werd geconstateerd gangraen van vulva, vagina en uterus, cystitis gangraenosa, peritonitis fibrino-purulenta. (Aanmerking tijdens de correctie.)

De heer Stratz vraagt of er geen atonie van den uterus is opgetreden.

De heer Nijhoff zegt dat die niet is opgetreden, omdat hij, ter wille van de consequentie, den uterus heeft geamputeerd.

De heer Kouwer zegt, dat hij dit laatste niet begrijpt. Waarom is het consequent bij een S. C. wegens eklampsie, den uterus te extirpeeren?

De heer Nijhoff antwoordt, dat dit afhangt van het standpunt, waarop men zich bij de indicatie tot de S. C. stelt. Beschouwt men de operatie alleen als middel om den uterus leeg te maken, dan is er geen reden tot verder ingrijpen. Beschouwt men den uterus als een vergiftigd orgaan, dan is het logisch den uterus geheel te verwijderen.

Den heer Kouwer blijft het logische nog altijd duister. Het intoxicatie-gevaar gaat uit van den *zwangeren* uterus, en verdwijnt met de opheffing van de zwangerschap.

De heer Nijhoff zegt dat de gevallen van eklampsie in 't puerperium voor het tegendeel pleiten.

De heer Kouwer kan dit niet inzien. De geheele patiënt is een gifreservoir; er is geen enkele reden om verdere gifproductie in den uterus te onderstellen, nadat deze ontledigd is. Het amputeeren van den uterus beteekent een aanmerkelijke uitbreiding van de operatie, wat bij een patiënt, die reeds in bedenkelijken toestand verkeert, geen onverschillige zaak is.

De heer Nijhoff meent, dat de conservatieve keizersnede met nauwkeurige hechting van den uterus meer tijd neemt dan de Porro-operatie. Wanneer men, zooals hij wenscht te doen, de S. C. bij eklampsie beperkt tot de zeer ongunstige gevallen, dan acht hij het een voordeel haar te combineeren met de uterus-amputatie. Wil men daarentegen de indicatie voor S. C. bij eklampsie tot de lichtere gevallen uitbreiden, dan vallen natuurlijk de nadeelen der Porro-operatie te zwaar in de schaal.

De heer Kouwer vraagt of den heer Nijhoff ervaringen van anderen bekend zijn, waaruit blijken zou, dat de Porro-operatie bij eklampsie gunstiger resultaat geeft dan de conservatieve S. C.

De heer Nijhoff beantwoordt de vraag ontkennend, doch voegt er aan toe, dat ook van de conservatieve S. C. bij eklampsie de resultaten moeilijk met juistheid zijn te schatten. Hij wil overigens aan zijne mededeeling geen vèrstrekkende consequenties vastknoopen, maar ze alleen als een zuiver casuistische zien opgevat.

Naar aanleiding van het geval van haematosalpinx vraagt de heer Kouwer of er alléen aan de rechter zijde pseudomembranen werden gevonden. Was de linker tuba open, en waren er haemorrhagieën in den wand, of bloed in de tubaholte?

De heer Nijhoff zegt, dat de tuba alléen hyperaemisch en gelijkmatig verdikt was door veneuse stuwing. Er was geen bloed uit te drukken.

De heer Kouwer heeft de vraag gesteld, omdat hem gebleken is, dat men bij 't opereeren van menstrueerende vrouwen altijd bloed uit de tubae kan strijken.

De heer Josselin de Jong heeft de ervaring opgedaan, dat men zich zeer vergissen kan in den inhoud van een tuba, die makroskopisch een normaal aspect heeft. In een geval waar, na een opgewekten abortus, infectie en dood was gevolgd, bleek bij de sectie een etterige endometritis, circumscripte peritonitis en pyaemie te bestaan. De tubae zagen er aan 't uiteinde wat verbreed, doch overigens normaal uit. Bij voorzichtig uitstrijken kwam uit beiden een weinig etter te voorschijn.

De heer Nijhoff zegt, dat in zijn geval het uitwendig voorkomen der tuba geen recht gaf haar te verwijderen. Wat de aanwezigheid van bloed in de tuba tijdens de menstruatie betreft, daaromtrent kan hij niets mededeelen, daar hij bij voorkeur niet tijdens de periode opereert. In het gegeven geval viel de operatie buiten de phase van periodieke krampen.

De heer Kouwer opereerde vroeger ook liefst niet tijdens de periode; sinds hij zijn aandacht gevestigd heeft op den toestand der tubae tijdens de menstruatie, doet hij dit wèl.

De heer Holleman demonstreert hierop een anencephalus van buitengewoon sterke lichaamsontwikkeling. Romp en extremiteiten zijn uitwendig normaal gebouwd; de genitalia externa zijn gebrekkig ontwikkeld, van mannelijk type. Testikels in 't scrotum of het lieskanaal ontbreken. Bij opening van 't abdomen wordt links en rechts een langwerpig plat orgaan in de buikholte gevonden dat zich met een strengetje in 't lieskanaal voortzet. De penis is niet te sondeeren; ook niet van de blaas uit. Merkwaardig is nog, dat bij palpatie van den geopenden buik uit, het diaphragma bijna in den hals bleek te zitten. Na 't openen van den thorax lag het hart echter vrijwel op de normale plaats.

Het praeparaat zal mikroskopisch worden onderzocht, speciaal wat betreft de rudimentaire geslachtsklier.

Dr. Stratz demonstreert hierop een myoom met uterus-torsie.

Patiënte was een nullipara van 57 jaren. Eerste menstr. op 17 j. leeftijd; tot 52 jaar regelmatig, zonder pijn. Al sinds jaren heeft zij een tumor in den buik bespeurd.

Den 17den Juni 1901 kreeg pat. een aanval van hevige krampen met misselijkheid. De tumor werd in eens grooter. In de volgende dagen werd de pijn steeds erger. Patiënte werd bleek en gevoelde zich uiterst zwak. Geen koorts.

Den 21 Juni 1901 klom de temp. tot 38 1. Status: kleine, geretroflecteerde uterus diep in 't bekken, daarboven een gespannen elastische, onregelmatige tumor, die zich tot boven den navel uitbreidt. Uiterst pijnlijk, zoodat nauwkeurig onderzoek niet mogelijk is.

Diagnose: waarschijnlijk een ovariaaltumor met steeltorsie.

Operatie wordt aangeraden. Daar pat. nog eenige beschikkingen te maken heeft, komt zij eerst 24 Juni in de kliniek.

25 Juni. Laparotomie. In narkose kon de tumor onderzocht worden. Het bleek een onregelmatige, sterk gespannen tumor te zijn, bestaande uit drie deelen; het onderste, per vaginam gevoelde stuk was de uterus; daarboven bevond zich een tweede weekere tumor en daarboven, duidelijk breed gesteeld, een derde, de grootste, van meer langwerpigen vorm.

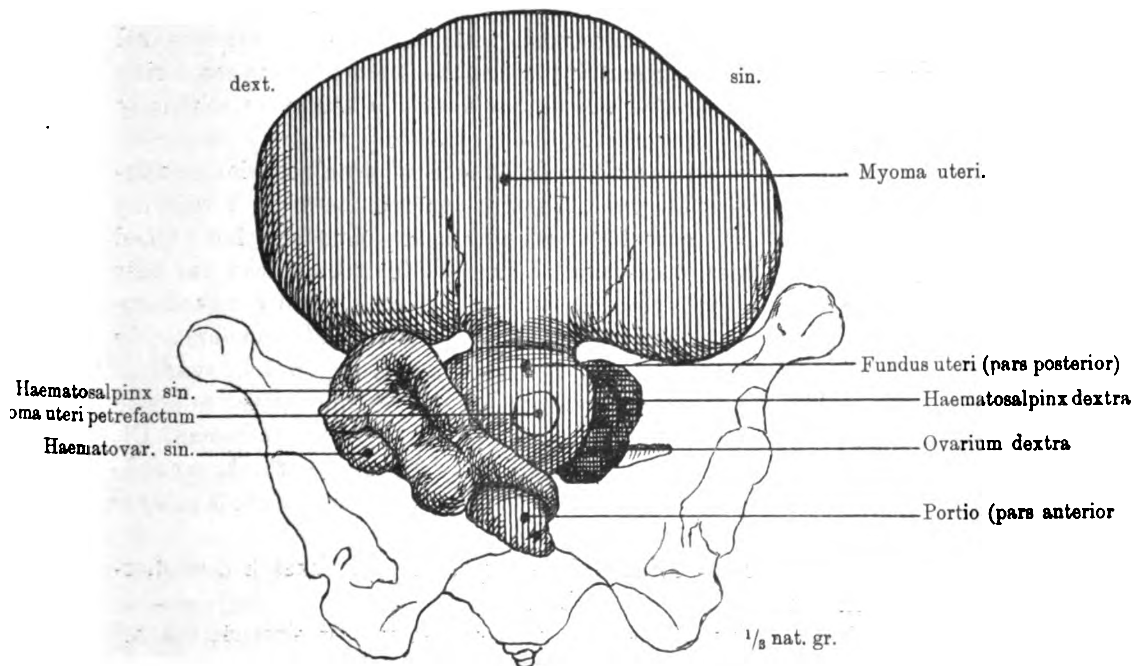
Voor een gewoon fibromyoom was de consistentie niet hard genoeg, zoodat ik nog altijd dacht aan ovariaaltumor of wel een cysteus myoom, beiden gecompliceerd met steeltorsie.

Bij de operatie bleek te bestaan:

1) een groot, breedgesteeld myoom, uitgaande van den fundus uteri.

2) de fundus uteri, eveneens myomateus gedegenereerd, met de tubae en de ovariën, 180° om zijn as gedraaid. Beide tubae en het linker ovarium in bloedzakken veranderd, het rechter ovarium vrij normaal.

3) de iets vergroote cervix uteri.



De geheele tumormassa werd eerst weer teruggedraaid, daarna de beide spermaticae en de uterusstomp met een ligatuur voorzien en de tumor verwijderd. Daar de stomp uit een haemorrhagisch infarct bestond, werd zij in haar geheel nog met een „Tabacksbeutelnath" verzekerd. Er bestond een licht haemorrhagische ascites. Voorts waren er enkele losse adhaesies met darmlissen, die zonder bloeding konden worden verscheurd. De operatie, onder assistentie van Dr. Feith, Dr. van der Goot en Dr. Berends, had 25 minuten geduurd.

Onmiddellijk nà de operatie werd de temperatuur weer normaal; het verloop was ongestoord.

De tumor weegt 10 K.G. (demonstratie). Het mikroskopisch onderzoek, door Dr. de Josselin de Jong verricht, leverde niets anders op dan stuwingsverschijnselen, oedeem en haemorrhagieën. In de tubae was geen epitheel meer te zien.

Het tweede geval betreft een V para van 42 jaar, die sinds 3 jaren aan „uitzakking" leed.

Bij onderzoek werd begin Juni een tumor geconstateerd, die in den tijd van 4 weken zeer sterk in grootte is toegenomen.

Diagnose: prolapsus portionis, myoma uteri. Met het oog op den snellen groei wordt totaal-extirpatie voorgesteld.

27 Juli 1901. Abdominale totaalextirpatie. Glad verloop.

Bij het mikroskopisch onderzoek, door Dr. de Josselin de Jong verricht, bleek de tumor een myosarcoom te zijn.

De heer Kouwer stelt, naar aanleiding van het eerste geval de vraag, of de haematosalpinx en het haematovarium in zoo korten tijd ontstaan zouden kunnen zijn, als uit de anamnese schijnt te blijken.

Mejuffr. van Tussenbroek vraagt of de algeheele afwezigheid van epitheel in de tubae niet een argument geeft vóór het acuut ontstaan. Bij chronische stuwingen accommodeert het weefsel zich min of meer aan de drukking en blijft er allicht nog hier en daar van 't epithelium iets bestaan. In haar geval van haematocolpos was aan de binnenvlakte van de afsluitende membraan de epitheelbekleeding, ofschoon niet intact, toch vrij wel bewaard.

De heer Kouwer heeft onlangs een getordeerde parovariaal-cyste geopereerd, waar ook een week geleden torsie was ontstaan. Uit het feit, dat ook hier het epithelium in de tubae ontbrak, meende hij juist het besluit te mogen trekken, dat de torsie reeds vroeger begonnen was.

De heer Stratz zegt, dat deze quaestie gemakkelijk door dierproeven zou kunnen worden beslist.

De heer Nijhoff heeft uit de gevallen van steeltorsie, die hij

zag, den indruk gekregen, dat zeer sterke veranderingen ook in korten tijd kunnen ontstaan. Daarvoor pleit, dat in gevallen van torsie de sterkste veranderingen worden aangetroffen vlak bij de draaiingsplaats.

De heer Kouwer acht daardoor niet uitgesloten, dat de torsie reeds vroeger in mindere mate heeft bestaan.

De heer Nijhoff geeft toe, dat bij bestaande lichte torsie de optredende stuwing tot versterkte torsie aanleiding kan geven.

De heer Stratz zegt, dat in zijn geval de stuwing zeker vrij plotseling is ontstaan. Dit blijkt uit het plotseling optreden van pijn, de plotselinge zwelling van den tumor en de anaemie, gevolg van de kolossale bloedsophooping binnen den tumor.

De heer Pompe herinnert aan de gevallen, waarbij de torsie tot amputatie van den tumor aanleiding gaf. Dit kan men zich alleen voorstellen bij weefselatrophie van den steel, als gevolg van langzame torsie.

De heer Kouwer wijst op een dergelijk geval, dat indertijd door den heer Semmelink is medegedeeld. Over 't geheel komt het hem voor, dat de anamnese in het meerendeel der gevallen toch wel van vroegere afwijking blijk geeft.

De heer Meurer doet hierop mededeeling van een modificatie van de Alexander-Adams' operatie, die hij in twee gevallen met succes heeft toegepast. Een van de bezwaren dezer operatie is, dat er niet zelden draadettering optreedt. Spreker heeft dit trachten te vermijden door de ronde banden zelf als hechtmateriaal te gebruiken.

Nadat de huidsnede op de gewone wijze gelegd is en het lieskanaal is gekliefd, heeft hij in den bovensten wondhoek de band in de naald gestoken, en daarmee het lieskanaal dicht genaaid. Het was alleen noodig met dunne zijde de ronde banden te secureeren. Een volgend maal wil hij dit alléen met de huidhechtingen doen.

Beide gevallen zijn glad genezen. Het éėne is 4 of 5 weken, het andere 2 weken oud. Spreker heeft vóór de operatie den uterus gereponeerd en een pessarium in gebracht.

De heer Pompe van Meerdervoort acht deze methode alléén uitvoerbaar bij zeer sterke ligg. rotunda; hij vreest dat er anders gevaar voor afscheuring zou bestaan.

De heer Meurer zegt, dat van dit gevaar niet gebleken is. Het ging gemakkelijk, en de spanning was niet groot.

De heer Mendes de Leon meent, dat de heer Meurer om den ronden band door het oog van de naald te krijgen, wel een naald van buitengewone afmeting noodig moet hebben gehad. Hij vreest, dat hierdoor zeer groote steekkanalen worden gemaakt, die wel eens zouden kunnen uitscheuren.

De heer Meurer zegt, dat de dikte van de naald misschien 1½ m.M. bedroeg. De steekkanalen zijn niet zoo buitengewoon groot, en het hiaat wordt door den ronden band geheel aangevuld. Het geheel maakte den indruk alsof alles goed was afgesloten.

De heer Nijhoff vraagt, hoe de heer Meurer zich de verdere lotgevallen van den ronden band voorstelt.

De heer Meurer vermoedt, dat de band, die toch gevasculariseerd is, in leven blijft, al wordt hij misschien wat atrophisch.

De heer Nijhoff zegt, dat dit niets meer dan een onderstelling is. Het zou kunnen zijn, dat de band hypertrophiëert; het kan ook zijn, dat hij atropisch of zelfs nekrotisch wordt; wat waarschijnlijk het effect van de operatie verloren zou doen gaan.

De heer Meurer meent, dat op nekrotisch worden weinig kans bestaat; daar het verleggen van het ligament hem niet van zijn vaatverband berooft.

De heer Nijhoff wijst er op, dat de heer Meurer van den band een kurketrekker maakt; het weefsel wordt op de plaatsen der steekgaten door het omgevende weefsel gedrukt. Er is dus weinig van te zeggen, wat daarvan terecht moet komen. Gaat het goed, dan is het een aardige vinding.

De heer Meurer meent, dat het omgeven zijn met levend weefsel ook een waarborg is tegen nekrose.

De heer Nijhoff vraagt, of de heer Meurer het peritoneum geopend heeft?

Het antwoord luidt, dat dit in 't eerste geval niet is geschied: in het tweede geval is er bij 't opschuiven van het ligament een kleine opening in het peritoneum ontstaan en gehecht.

De heer Kouwer zegt, dat van 't effect dezer operatie nog niets is te zeggen, en de ervaring uitspraak zal moeten doen. Theoretisch heeft hij tegen de methode een bedenking. Het schuine beloop van 't lig. rot. door den buikwand in 't lieskanaal geeft een zekeren waarborg tegen het ontstaan van liesbreuken, die, naar spreker meent, door de wijziging van Dr. Meurer wordt teniet gedaan. Bij deze methode wordt de ronde band ter hoogte van den annulus ing. internus recht van binnen naar buiten door den buikwand getrokken. Spreker meent, dat er op deze wijze op dit punt van den buikwand een locus minoris resistentiae zal ontstaan, die tot een directe liesbreuk praedisponeert.

Het gevaar voor draadettering bij de Alexander-Adam's operatie kan op andere wijze worden voorkomen, nl. door het gebruik van den 8 naad, die hem bij laparotomieën uitstekende diensten bewijst, en waarbij geen hechtmateriaal in de diepte wordt achtergelaten.

De heer Meurer zegt, dat bij zijne wijze van hechten toch

ook een schuin verloop van het lig. rotundum wordt verkregen, daar hij de hechting in den bovensten wondhoek begint, die niet recht tegenover den annulus ing. internus, maar schuin daar boven ligt. De mogelijkheid, dat de praedispositie voor hernia wordt verhoogd, wil hij evenwel niet ontkennen.

Dr. Mendes de Leon doet hierop mededeeling van een schrijven van Pestalozza te Florence, behelzende de mededeeling dat van 15—21 Sept. 1902 te Rome het 4de Congres voor Verloskunde en Gynaecologie zal worden gehouden. De brief bevat een warme aanbeveling aan de leden der Gyn. Vereeniging om aan het Congres deel te nemen, welke door den heer Mendes de Leon en door den Voorzitter krachtig wordt ondersteund.

Hiermede wordt de Vergadering gesloten.

Vergadering van Zondag 12 Januari 1902.

Voorzitter: Prof. Kouwer.
Secretaresse: Dr. Catharine van Tussenbroek.

Na 't openen der Vergadering doet de Voorzitter mededeeling van een uit Madrid ontvangen schrijven, behelzende de uitnoodiging aan de Gyn. Vereeniging om zich door een afgevaardigde te doen vertegenwoordigen op het 14de Internationale Medische Congres, te houden te Madrid van 23—30 April 1903. Na een korte bespreking wordt besloten deze quaestie te verdagen, tot de termijn van uitvoering wat naderbij gekomen zal zijn.

Hierop wordt overgegaan tot het stemmen over de voorgestelde nieuwe leden Dr. P. van Oordt en Dr. M. M. de Monchy, te Rotterdam, die beiden tot lid der Ned. Gynaec. Vereeniging worden aangenomen.

De heer van der Hoeven krijgt daarop het woord tot het doen zijner mededeelingen uit het laboratorium.

Spreker begint met de mededeeling, dat hij in de laatste vier jaren 1000 praeparaten afkomstig van de Gyn. Afdeeling van de Vrouwenkliniek mikroskopisch heeft onderzocht, en dat hij daarvan een integrale statistiek wenscht te geven.

Heden wil hij een overzicht geven van de curettementen, ten getale van 381.

Zij kunnen in 3 categorieën worden gesplitst.

a. Curettementen na abortus (105).

b. Proefcurettementen (135). Zij werden verricht bij vermoeden op carcinoom, deciduoom, tuberculose.

c. Curettementen wegens vloeiingen, dysmenorrhoe, steriliteit (141).

Onder de proefcurettementen waren er 8, die abortus-resten te voorschijn brachten.

Bij de 105 curettementen, die na abortus werden verricht, werden 21 keer geen abortus-resten gevonden; twee maal kwam onverwachts deciduoom voor den dag (éenmaal 2 weken, en éenmaal 6 weken na den abortus). Tweemaal werden eiresten tot in de spieren gevonden.

Bij de proefcurettages werd 8 maal de vraag gesteld naar deciduoom; in drie gevallen werd dit inderdaad gevonden; in de 5 overige bestonden alléén abortus-resten. Daarenboven werd éenmaal deciduoom gevonden in een schijnbaar onschuldig uitkrabsel, waar het niet was vermoed.

Het totaal der deciduomen bedraagt dus 6 op 381, d. i. 1 op 64 curettementen. Onverwachts werd het driemaal gevonden; dat is dus éenmaal op 127 gevallen.

Naar tuberculose werd tweemaal gezocht; beide keeren met negatief resultaat. Daarentegen werd het éens onverwacht gevonden, terwijl eén praeparaat twijfelachtig bleef.

Naar carcinoom werd in 125 gevallen gezocht. Daarbij werd een totaalcijfer van 10 maligne tumoren gevonden, die aldus waren verdeeld:

3 epitheliomen,
5 kliercarcinomen,
2 sarcomen.

In 3 gevallen bestond een twijfelachtig adenoom.

In de overige gevallen werd aangetroffen:

58 maal glandulaire hyperplasie,
49 maal geen afwijking,
3 maal abortus,
2 maal een ware endometritis.

Het aantal maligne tumoren, door uitkrabben ontdekt (10 : 125 = 1 : 12) geeft dezelfde verhouding als de excisies van de portio, waar in 4 van de 47 gevallen, dus insgelijks 1 : 12, carcinoom werd geconstateerd.

Het aantal curettementen, om andere redenen verricht (vloeiingen, dysmenorrhoe, steriliteit) gaf tot microscopisch resultaat:

106 maal slijmvlieshyperplasie,
27 maal weinig veranderingen; soms infiltraten,
1 maal deciduoom,
5 maal abortus,
1 maal twijfelachtige tuberculose.

Overgaande tot de bijzonderheden van het mikroskopisch beeld, deelt spreker mede, dat hij in de uitkrabsels het cervixweefsel eigenlijk nooit te zien heeft gekregen. Dit is zeer begrijpelijk, omdat

het vaste vlechtwerk van bindweefsel, spier- en elastisch weefsel, waaruit de cervix bestaat, en waardoor de cervixklieren zijn omringd, te vast is om door de curette te worden afgekrabd. Of in het cervixslijmvlies veel leukocyten voorkomen, kan hij dus niet zeggen. Wel vond hij die in van de cervix uitgaande slijmvliespoliepen. Hij heeft echter den indruk, dat hier een secundaire ontsteking in het spel is, veroorzaakt, doordat de uit het ostium hangende polyp gemakkelijk aan infectie uit de buitenwereld bloot staat.

Overgaande tot het corpus-slijmvlies, teekent spreker in het kort den normalen bouw van het slijmvlies, met zijn bekleedsel van cubisch epitheel, vanwaaruit rechte klierbuizen in de diepte dringen. Rondom die klierbuizen vond hij bijna constant de zoogenoemde membrana propria. Slechts miste hij deze in gevallen, waar sterke groei der weefselelementen valt te constateeren, speciaal bij de adenomen.

Verder zag hij in het slijmvlies de zoogenoemde lymphfollikels, die gemakkelijk verward kunnen worden met een kleincellig infiltraat.

Werkelijke endometritis, nl. acute, heeft hij slechts 4 keer gezien.

De chronische endometritis zag hij nooit. Oorzaak daarvan is waarschijnlijk, dat in de vrouwenkliniek nooit wordt gecuretteerd wegens fluor albus. In de hyperplastische slijmvliezen zag hij wel hier en daar leukocyten, hij meent echter dat die niet tot ontsteking terug zijn te brengen. Wel zag hij steeds leukocyten in slijmvliezen, die na abortus waren uitgekrabd. Dit verschijnsel is zoo constant, dat de aanwezigheid van veel leukocyten in een overigens normaal slijmvlies hem in de eerste plaats aan abortus doet denken.

Wat de slijmvlieshypertrophieën betreft, wordt gewoonlijk een onderscheiding gemaakt in glandulaire en interstitieele vormen. Den echten interstitieelen vorm heeft spreker nooit gezien, al bestaat bij de glandulaire vormen stellig meer stroma dan in het normale slijmvlies. In het slijmvlies bij abortus heeft spreker alle overgangsvormen van de echte decidua-cel tot normaal stroma gezien. De decidua-cellen blijven het best bewaard op de plaatsen waar chorion-vlokken aanwezig zijn. Een enkele maal zag hij het deciduaweefsel gedekt door een behoorlijk geregeneerde laag epithelium.

Bij de glandulaire hyperplasieën zag spreker altijd cysten in het slijmvlies. Soms zijn de klieren passief uitgezet, en ligt de oorzaak dus in ophooping van het secreet (plat epitheel); maar soms zijn in de cysteuse uitzettingen de cellen hoog en verdubbeld; hier is dus ongetwijfeld proliferatie in het spel.

Na abortus vindt spreker zeer eigenaardig grillig gevormde klieren.

Bij de zwangerschap vormen zich in de uterusmucosa twee duidelijk te onderscheiden lagen van decidua-weefsel; een bovenste, de decidua compacta, en een onderste, de decidua spongiosa, die in hoofdzaak uit verwijde en aan de oppervlakte evenwijdig gerekte klierlumina bestaat. Na den partus nu vallen deze klieren weer samen, waardoor grillige en onregelmatige vormen ontstaan.

Spreker meent de klieren bij de slymvlieshyperplasie in drie vormen te kunnen splitsen. Ten eerste de eenvoudige, lange, rechte klieren, waarbij de klier eenvoudig in de lengte groeit en het stroma daarmee evenredig in dikte toeneemt.

In de tweede plaats de gegolfde klieren, waarbij de klieren sterker woekeren dan het stroma. Hierbij krijgt men het beeld van twee, soms van drie klieren die in elkaar zijn gestulpt. Bij dit in zichzelf ingestulpt worden gaat de membrana propria mee.

Bij den derden vorm komt dit hoogst zeldzaam voor. Daarentegen ziet men hier de klier in zijn geheele lengte papillaire instulpingen of glandulaire uitstulpingen vormen. Hierbij komen constant leukocyten in het weefsel voor, niet als ontstekingsverschijnsel, maar als reactie van het weefsel op den prikkel tot sterken groei.

De frequenties dezer drie groepen verhouden zich als volgt:

1ste groep 24 % der gevallen van hyperplasie,
2de groep 45 % " " " " ,
3de groep 31 % " " " " .

Bij de poging om tot een verklaring te komen voor de verschillende vormen van hyperplasie, heeft spreker nauwkeurig de ziektehistories nagegaan, vooral met het oog op het al of niet vooraf gegaan zijn van graviditeit. Hij bevond daarbij dat van de 1ste groep 11 % zijn opgetreden nà zwangerschap; van de 2de groep 29 %, van de 3de groep 80 %.

In slijmvliezen, na abortus gecurretteerd vond spreker in 54 % de beschreven grillige kliervormen, die hij voor het normale houdt. In de 46 % overige waren de eerste en tweede groep vertegenwoordigd met 3 % van de gevallen; de derde groep met 43 %.

Uit een en ander meent spreker te moeten besluiten, dat deze derde groep in nauw aetiologisch verband staat tot de graviditeit.

Voor die derde groep wil hij dan aansprakelijk maken de krachtige prikkel tot weefselregeneratie, zooals die zich bijv. bij den opbouw der mucosa nà de zwangerschap gelden doet.

Deze krachtige regeneratie nadert tot maligniteit.

Omtrent het karakter der cel in het algemeen bestaat tweeërlei voorstelling.

De eerste is deze, dat de cel uit haar aard maligne is, en door remmende momenten van buiten als regel binnen de grenzen van

het normale blijft. Het wegvallen dezer momenten is dan voldoende om de cel haar kwaadaardig karakter te doen ontvouwen. Bij de eicel en haar afstammelingen kan men dit in alle graden zien.

De tweede voorstelling is, dat de cel uit haar aard goedaardig is en eerst door bepaalde prikkels kwaadaardig wordt. Spreker zou, zich bij de eerste voorstelling aansluitende, de verschillende categorieën van slijmvlieshyperplasie door het wegvallen van remmende invloeden willen verklaren.

De eerste categorie bestaat vaak in het climacterium (41°/₀ van de gevallen).

De tweede ontstaat eveneens vaak in 't climacterium (39°/₀).

De derde categorie komt voor na graviditeit in 80°/₀ van de gevallen; zelden in het climacterium.

Een vierde categorie wordt gevormd door de gevallen, waar de cellen geheel buiten hun banen treden. Wij komen dan op 't gebied van de maligniteit, dat spreker een volgend maal hoopt te betreden.

Prof. Treub wenscht naar aanleiding van de belangrijke voordracht van Dr. van der Hoeven slechts een enkele statistische opmerking te maken. Dr. van der Hoeven heeft gesproken van 105 curettementen nà abortus; de bedoeling is 105 curettementen, waarvan het slijmvlies mikroskopisch is onderzocht; het totaal aantal curettementen na abortus in de Vrouwenkliniek is veel grooter, daar er in bijna alle gevallen van incompleten abortus meer of minder krachtig wordt gecuretteerd.

Mej. van Tussenbroek kan zich voor een groot gedeelte bij de waarnemingen en conclusies van Dr. van der Hoeven aansluiten, maar wil toch gaarne een paar punten releveeren, waarin zij van hem verschilt. Wat het voorkomen van echte chronische endometritis betreft, heeft Dr. van der Hoeven zelf reeds gewezen op de oorzaak, waardoor hij die niet vond, n.l. op de omstandigheid dat etterige fluor in de Amsterdamsche Vrouwenkliniek niet als een indicatie voor curettage geldt. Spreekster heeft indertijd de 100 door haar onderzochte slijmvliezen verzameld in de kliniek van Dr. Mendes de Leon, waar wegens fluor albus wèl wordt gecuretteerd. Vandaar dat zij de echte chron. endometritis herhaaldelijk te zien heeft gekregen, en heeft kunnen waarnemen hoe daarbij stroma en klieren te gronde gaan, en de geheele mucosa vervangen wordt door een celrijk fibrillair bindweefsel, zonder klieren of oppervlakte-epitheel.

Dr. van der Hoeven heeft van de membrana propria der klieren gesproken. Wanneer hij daarmee de concentrisch gerangschikte laag van afgeplatte stroma-cellen bedoelt, welke de klieren omgeeft, dan is er geen bezwaar tegen, dien naam te behouden.

Er mag echter wel op gewezen worden, dat de echte membrana propria, de structuurlooze of schijnbaar structuurlooze membraan die bij andere klieren (o. a. de zogklier) wordt aangetroffen, bij de uterus-klieren niet bestaat. Spreekster heeft zich daarvan indertijd, ook door het onderzoek van maceratie praeparaten, overtuigd. Voor hare opvatting pleit ook dat in de sterk woekerende, de sappige vormen, waar alle stromacellen door vocht-imbibitie rond worden, de zoogenaamde membrana propria ontbreekt.

Een derde verschilpunt met Dr. van der Hoeven ligt in de regeneratie der uterus-mucosa nà zwangerschap. Dr. van der Hoeven wil de slijmvlies-hyperplasie met geslingerde klieren afleiden uit de veranderingen tijdens de zwangerschap. De spongiosa, die grootendeels uit gerekte klieren bestaat, zou later samenvallen, en de klieren zouden nà de zwangerschap, daaraan hun grillige vormen ontleenen. Spreekster kan deze verklaring niet aanvaarden, omdat zij overtuigd is, dat de geheele uterus-mucosa, voor zooverre die in typisch decidua-weefsel veranderd was, nà den partus te gronde gaat; deels door afstooting met de placenta; deels door versmelting in de lochiën of, voor zooverre enkele decidua-eilandjes daaraan ontsnappen, door overstrooming met leukocyten en resorptie in situ. Het feit, waarop Dr. van der Hoeven wees, en dat zij bevestigen kan, dat nà abortus steeds leukocyten in 't weefsel worden gevonden, staat daarmede stellig in verband. De regeneratie der mucosa in het puerperium gaat uit van de aan de spierlaag grenzende fundus der klieren die, met het stroma waarin zij liggen, niet of nauwelijks door de zwangerschap worden gemodificeerd.

Dr. Pompe van Meerdervoort sluit zich, wat de membrana propria der klieren betreft, bij Dr. van Tussenbroek aan. Ook hij ziet in de concentrisch om de klieren gerangschikte cellen niet anders dan de door tegendrukking van de klieren afgeplatte grenslaag van 't stroma. Dr. van der Hoeven heeft van lymphfollikels in de uterusmucosa gesproken. Spreker zelf heeft indertijd lymphfollikels in het stroma meenen te vinden, en dat toen gepubliceerd. Later heeft hij ze nooit meer waargenomen, en is aan het twijfelen geraakt. Wat deze celgroepen geweest zijn; of het verdichte bundels van 't stroma waren of iets anders kan hij niet zeggen, maar hij zou het bestaan van lymphfollikels niet meer durven verdedigen.

Voorts heeft het spreker getroffen, dat het procentgehalte der maligne gevallen in de Amsterdamsche Vrouwenkliniek zoo laag is. Als hij zijn eigen materiaal nagaat, dan is speciaal het aantal corpus-carcinomen in verhouding veel grooter.

Eindelijk wil hij, naar aanleiding van den term slijmvlieshyperplasie, door Dr. van der Hoeven herhaaldelijk gebruikt, de

opmerking maken, dat, naar zijne meening, van een echte hyperplasie niet veel sprake is. Daarvoor is het aantal mitosen veel te klein. Veel meer dan aan weefselwoekering is hij geneigd de verdikking der mucosa toe te schrijven aan zwelling der weefsel-elementen en oedemateuse infiltratie der tusschenstof. Tegen woekering pleit, behalve het ontbreken van mitosen, het feit dat de diktetoename van het weefsel vooral in een bepaalde laag geschiedt. De uitloopers der klieren in de diepte, binnen het spierweefsel, blijven absoluut normaal.

Prof. Kouwer stelt naar aanleiding van de quaestie over de membrana propria der klieren de vraag, of de mogelijkheid is uitgesloten, dat de laag van platte bindweefselkernen de saamgevallen wand van een bloedvat kan zijn. Keiffer heeft indertijd door injectie-praeparaten aangetoond, dat de klieren door capillairen zijn omringd.

In de tweede plaats wil hij aan Dr. van der Hoeven de vraag stellen, of hij de slijmvliezen met klierwoekering volgens het 3de type, dus de glandulaire en papillaire klierwoekering, die hij als grenzend aan maligniteit heeft beschreven, ook klinisch als maligne heeft betracht, dat wil zeggen, of hij in de aanwezigheid dier vormen een indicatie tot verwijdering van den uterus heeft gezien?

In zijn repliek zegt Dr. van der Hoeven het volgende. Het was hem bekend, dat de cellaag, die hij de membrana propria noemt, door Mej. van Tussenbroek als verdicht stroma wordt opgevat. Hij meent echter, dat er wel grond is deze cellaag als een werkelijk bij de klier behoorend vormsel op te vatten. In het bijzonder kreeg hij dezen indruk bij de sterk met vocht geimbibeerde slijmvliezen, waar hij de bedoelde membraan door een laagje vocht van de kliercellen afgedrongen, en toch tegenover het stroma hun eigenaardigen afgeplatten vorm behouden zag. Waar het slijmvlies daarentegen verdicht is en een fibrillair karakter draagt, ziet men de fibrillen van de membrana propria uitgaan, alsof daar de bakermat van het fibrillaire bindweefsel ligt. Hij heeft zich ook de vraag voorgelegd, of de bedoelde spoelvormige kernen om de klier ook van een saamgevallen lymphvat afhankelijk konden zijn: hij heeft die voorstelling echter opgegeven, omdat hij slechts één en niet twee rijen van kernen ziet. Om dezelfde reden kan het ook geen bloedvat wezen, zooals Prof. Kouwer onderstelde.

Wat de tweede vraag van Prof. Kouwer betreft, bij die papillaire vormen is nooit geopereerd; zij worden klinisch door niemand als maligne beschouwd.

Wat het geheel te gronde gaan der decidua nà de zwangerschap betreft, spreker kan dit moeilijk als regel aannemen. Hij vond in

een van zijn praeparaten het uterus-epithelium boven een stuk typisch decidua-weefsel weer geheel geregenereerd. Ook vindt hij in zijn praeparaat alle overgangen van de gewone stroma- tot de typische decidua-cel.

Lymphfollikels in het stroma meent hij zeer duidelijk te hebben gezien.

De heer Pompe verbaast zich over het gering aantal carcinomen in de Amsterdamsche Vrouwenkliniek. Spreker heeft alléen gesproken van carcinomen, na proefcurettementen ontdekt, en hij vindt 1 op 12 nog al een respectabel getal. Wel is het aantal corpus carcinomen betrekkelijk gering. Op 30 à 40 epitheliomen staan 30 à 50 kliercarcinomen van de cervix en slechts 2 corpus-carcinomen.

Dat de verdikking van het slijmvlies uit hydropische zwelling zonder vermeerdering van weefsel-elementen zou zijn te verklaren, daarmede kan hij zich niet vereenigen. Het geheele histologische beeld pleit voor celvermeerdering, al moet hij toegeven, dat hij weinig of geen mitosen ziet.

De heer Driessen herinnert er aan, dat Cornil en Ranvier in de aanwezigheid van glycogeen een kenmerk van woekerend weefsel zien. Bij de slijmvlies-hyperplasie nu is stellig vermeerdering van het glycogeen-gehalte aanwezig.

Hiermede eindigt de discussie, en neemt de heer Kouwer het woord, tot het doen eener mededeeling over zelfkeering bij haematoma vaginae. Spreker heeft dit geval niet zelf waargenomen, maar de mededeeling ontvangen van een bekwame en betrouwbare vroedvrouw. Deze werd bij een secundipara geroepen met heftige persweeën. Meenende dat het hoofd stond uitgedreven te worden waschte zij snel de handen en wilde het perineum steunen, doch vond geen vulva. Zij liet toen in de donkere bedstede licht brengen, en zag, dat het geheele perineum tot een bloederig gezwel was uitgezet en de achterste vaginaalwand uit de vulva te voorschijn werd gedrongen. Inwendig onderzoekende voelde zij in de holte den schedel met haren, naden en fontanellen. Vreezende, dat het perineum bersten en er wellicht een ernstige bloeding volgen zou, vóor de gewaarschuwde medicus ter plaatse kon wezen, wist zij niets beters te doen dan het perineum naar boven te drukken en de vrouw het persen te verbieden. Ondanks haar pogen berstte na eenigen tijd het perineum toch, en tegelijk met het uitstroomende bloed stortte een voet uit de vulva te voorschijn. Het kind werd verder in voetligging geboren, en het perineum door den inmiddels gearriveerden medicus gehecht, wat misschien niet de verstandigste wijze van handelen was, maar toch tot een goede genezing heeft gevoerd.

Spreker heeft moeite gehad, zich van dat geval een verklaring te vormen. De volgende komt hem 't meest waarschijnlijk voor. Aangenomen dat de vroedvrouw goed heeft onderzocht, dan is hier spontaan uit een schedelligging een voetligging ontstaan. Spreker stelt zich dit op de volgende wijze voor. Uit de anamnese bleek, dat de eerste partus forcipaal was geeindigd, en dat daarbij een inwendige verwonding was ontstaan. Niet onwaarschijnlijk is daaruit een litteeken achter gebleven, dat de indaling van het hoofd bij den volgenden partus heeft belemmerd. Vermoedelijk lag er een voet naast het hoofd. De drukking, door de vroedvrouw van buiten tegen het haematoom uitgeoefend, moet het gedeeltelijk ingedaalde hoofd weer boven den ingang hebben gedrukt. De persweeën konden het hoofd er niet weer indrukken, maar wel den voet langs het bloedkussen naar buiten doen glijden. Toen de voet eenmaal buiten was, moeten de volgende weeën, daar de stuit wèl kon indalen, maar niet het hoofd, de zelfkeering hebben tot stand gebracht.

Spreker vraagt of de aanwezigen zich met deze verklaring kunnen vereenigen.

De heer Treub zegt, dat het moeilijk gaat dit geval aan een ernstige kritiek te onderwerpen, omdat de feiten niet gecontroleerd zijn. Het meest waarschijnlijk dunkt hem, dat er van den aanvang af een volkomen stuitligging heeft bestaan, en dat de vroedvrouw zich in de diagnose heeft vergist. Dat dergelijke vergissingen, ook bij goede verloskundigen, nu en dan voorkomen, is bekend. Spreker is eenmaal door een zijner leerlingen, die hij voor een zeer goed leerling hield, bij een kruinligging geroepen, waar de groote fontanel duidelijk te voelen zou zijn, en waar per slot van rekening een stuitligging bestond.

Bekend is het verhaal van een onzer Fransche collega's in de verloskunde die, een geval van aangezichtsligging willende demonstreeren, als criterium opgaf dat hij, bij 't steken van den vinger in den mond van den foetus zuigbewegingen had gevoeld, en eerst door 't homerisch gelach van zijn auditorium tot de ontdekking kwam, dat zijn vinger vol meconium zat.

Spreker is dus het meest geneigd de geheele zaak tot een error diagnoseos van de vroedvrouw terug te voeren; de zelfkeering komt hem al te onverklaarbaar voor. Het terugduwen van het voorliggend deel door drukking op het haematoom wil hij gaarne aannemen.

De heer Kouwer ziet niet in dat, de mogelijkheid van het terugduwen van het hoofd aangenomen, de keering niet mogelijk zou zijn, mits de voet voorligt en de stuit wel, het hoofd niet kan indalen.

De heer Treub kan zich niet voorstellen, door welke kracht de keering moet worden veroorzaakt. Wanneer men een versie verrichten wil uitsluitend door tractie aan den voet, zonder uitwendige manipulaties aan het hoofd, dan is daar geen geringe kracht toe noodig.

De heer Kouwer geeft dit voor sommige gevallen toe, maar er zijn toch ook gevallen waar de keering door trekken aan den voet zonder de minste kracht tot stand komt.

De heer Metzlar sluit zich aan bij Prof. Treub ten opzichte van diens twijfel aan de diagnose van de vroedvrouw. Hij meent, dat de zelfkeering door het bestaan van persweeën al buitengewoon onwaarschijnlijk wordt gemaakt.

Hiermede eindigt de discussie, en verkrijgt de heer Meurer het woord, tot het doen zijner mededeeling over spoeddilatatie volgens Bonnaire, die elders in extenso zal verschijnen.

Spreker begint met de handgreep te omschrijven als *eenvoudig*, *doeltreffend* en *ongevaarlijk*, zoowel volgens zijne als anderer ervaring, b.v. die van Treub en van de Franschen. Hij zelf paste hem 17 maal toe, 9 maal experimenti causa in de Rijkskweekschool zonder dat er eenige aanwijzing bestond, 8 maal vond hij den handgreep geïndiceerd, waarvan hij later uitvoerig verslag wil doen. Geen enkele maal trad een onaangenaam verschijnsel (bloeding) op, de handgreep leidde steeds tot het doel.

Vervolgens deelt Spr. uitvoerig de ziektegeschiedenissen mede der gevallen, waarin hij den handgreep geïndiceerd vond. In het kort luiden zij als volgt:

1°. 21 j. I para, afgeweken schedell., normaal bekken. Bij 2 cM. ontsl., buiten een wee, navelstreng te voelen in de slappe laaghangende vochtblaas. Vrouw werd gelegd op l.-zijde, ten einde den schedel afgeweken te houden en daardoor den druk op de streng te vermijden. Bij 4 cM. ontsl. dreigt schedel in te dalen, vochtblaas laag hangend, daarin groote navelstrenglis. Dilatatie tot nagenoeg volkomen ontsl. (duur 5 min., geen bloeding), versie, extractie, levend kind. Geen verdere stoornissen.

2°. 28 j., I para werd na reeds 5 dagen in partu te zijn geweest, opgenomen in de kweekschool. Schedel ingedaald, 1 cM. ontsl. Weeën keeren regelmatig terug, matig krachtig, na 3 dagen breken de vliezen, ontsl. nog 1 cM. Des avonds harttonen minder, een uur daarna niet meer te hooren. Men verzuimde bij het slechter worden der harttonen hulp in te roepen. Den volgenden dag ontsluiting 3 cM., temper. 38.1°, dood kind, gebroken vliezen. Dilatatie volgens Bonnaire tot flinke ontsluiting, forcipale extractie, dood kind. Daar pat. 9°/₀₀ eiwit in de urine had, absoluut

melkdieet. Den 22sten dag p. partum, eclamptische aanval (2 d. te voren was eenige wisseling in het dieet veroorloofd), den 52ste dag p. p. weer een eclamptische aanval, hoeveelheid urine was plotseling verminderd, quantiteit albumen dezelfde ($^1/_4\,^0/_{00}$) melkdieet was strict volgehouden. Den 61sten dag p. p. verliet pat. met $^1/_4\,^0/_{00}$ eiwit de inrichting nu ± 4 maanden geleden. Thans gelukkig eiwit verdwenen. Typisch geval dus van *eclampsia tardissima.*

3°. Pat., III-para werd des nachts opgenomen in de kweekschool wegens *placenta praevia.* Ontsl. 3—4 cM., overal placentair weefsel te voelen, bij elke wee flinke fluxus. Dilatatie volgens Bonnaire, hierbij scheur in de achterlip, zonder eenige bloeding, bij 8—9 cM. nog altijd niets anders dan placentair weefsel, naar links vliezen. Doorboring op den rand, versie van het in schedelligging gelegen kind op den voet, extractie van een levend 2200 gr. zwaar kind. Van begin dilatafie tot geboorte van het kind waren 9 minuten verloopen. Na 20 minuten placenta, geen bloeding.

4°. 38 j. V-para met trechtervormig vernauwd bekken (dw. afm. uitgang ± $9^1/_2$ cM.) 4 maal forcipaal verlost, telkens groote ruptuur. Ten einde 5^{den} partus spontaan te doen verloopen, werd beproefd partus arte praematurus 3 weken ante partum op te wekken door bougie. Na 7 dagen eivliessteek, den volgenden dag begon de partus. Weeën erg pijnlijk, pat. reeds bij 3—4 cM. ontsluiting 's avonds erg vermoeid. Ten einde het werk gedeeltelijk van pat. over te nemen, dilatatie tot 10 cM., daarna afwachten. Een uur daarna levend 3200 gr. zwaar kind in kruinligging spontaan geboren. Totale ruptuur, gehecht, p. p. genezen. Verder geen stoornissen.

5°. Door een vroedvrouw der Israelit. gem. geroepen bij een geval van *schouderligging*, staande vliezen, geringe ontsluiting, 3—4 cM. Uitwendige versie mislukt tengevolge der uterus-contracties. Daarna zeer gemakkelijke dilatatie volgens Bonnaire tot volkomen ontsluiting buiten narkose. Versie, extractie van een licht asphyctisch kind, dat spoedig bijkomt.

6°. Mevr. X, II-para, was eerste maal zeer moeielijk bevallen. Volgens haar zeggen zou een hoogleeraar in de verloskunde dien zij consulteerde gezegd hebben, dat zij hoogst waarschijnlijk steeds met de kunst zou moeten verlost worden. Aan bekken geen afwijkingen, kind gewone grootte lag in schedell. a. l. v. Nadat partus 8 uur had geduurd, in welk tijdsverloop weeën om 2 à 3 min. terugkwamen, werden de weeën veel pijnlijker; na 4 uur geen vooruitgang, ontsl. 3 cM. evenals 4 uur te voren. Rand zeer strak met litteekenvorming. Harttonen kind goed. Buiten narcose dilatatie, die veel minder pijnlijk was dan een wee tot nagenoeg volkomen ontsluiting, breken der vliezen, spontane geboorte, levend

kind (3400 gr.) na $^3/_4$ uur. Geen bloeding of andere stoornissen.

7° en 8°. twee I-parae, die in de kweekschool op dezelfde wijze als sub 6° een baringsverloop hadden. Bij 3—4 cM. bimanueele dilatatie tot ± 10 cM., eenige uren daarna spontane geboorte van levende voldragen kinderen.

In de 3 eerste gevallen bestond een indicatio vitalis tot het verrichten der dilatatie, in de 5 andere gevallen niet. In deze werd de handgreep toegepast om het beloop van den partus gunstiger te doen zijn. Naar aanleiding van het feit dat de handgreep onschadelijk is, wil Spr. een lans breken voor uitbreiding der indicatie. Tot nog toe werd hij aanbevolen in gevallen waar gevaar bestond voor moeder of kind en de ontsluiting nog niet voldoende gevorderd was om den partus te kunnen termineeren (voorbeelden 3 eerste gevallen) Spr. stelt voor hem ook toe te passen in:

1°. gevallen van *dwarsligging*, welke niet meer door uitw. keering in schedelligging kunnen of mogen veranderd worden en waarbij de ontsluiting 3—4 cM. is gevorderd. Door af te wachten kan men niets winnen, wel verliezen, indien nl. hetgeen zeer wel mogelijk is, de vliezen breken. De uterus zal zich retraheeren en de keering zal, indien het tijdstip daartoe gekomen is, veel moeielijker, de levenskans van het kind daardoor slechter geworden zijn dan indien men keert bij staande of nog niet lang geleden gebroken vliezen. Dit laatste te doen heeft men in zijne macht wanneer men zooals in het 5de geval, dilateert tot nagenoeg volkomen ontsluiting, en daaraan de keering en de uithaling aansluit.

2°. In gevallen van *rigiditeit van het ostium externum*, hetzij deze veroorzaakt wordt door lidteekenvorming hetzij spasmus in het spel is.

3°. in gevallen *waar de weeën buitengewoon pijnlijk zijn*.

4°. in gevallen waar op grond van *den status praesens* of *der anamnese forcipale extractie* zeer waarschijnlijk is, dus b.v. bij een in den uitgang vernauwd bekken, een oude I-para, bij multiparae waar regelmatig weeënzwakte optrad en de tang moest worden aangelegd.

De discussie over deze voordracht wordt op voorstel van den Voorzitter tot de volgende bijeenkomst verdaagd en, daar de tijd verstreken is, wordt de Vergadering gesloten.

INTEGRALE STATISTIEK DER GROOTERE GYNAECO-LOGISCHE OPERATIES GEDURENDE DE JAREN 1899/1901,

DOOR

Prof. G. C. NIJHOFF.

In aansluiting aan het door mij in dat Tijdschrift (Dl. X, p. 95) gepubliceerde bericht over het jaar 1898 wil ik thans meedeelen hetgeen door mij in de jaren 1899, 1900 en 1901 is verricht en de grootere operaties integraal, d. w. z. zonder uitzondering in deze statistiek opnemen.

Het aantal patiënten in de kliniek verpleegd, bedroeg:

in 1898	103.
„ 1899	119.
„ 1900	109.
„ 1901	145.

Daar het aantal bedden in mijn kliniek slechts 11 bedraagt is het getal 145 wel het maximum dat in deze ruimte kan worden bereikt. Meermalen moesten de bedden der zwangeren en der kraamvrouwen voor een deel door gynaecologische patiënten belegd worden.

Het materiaal voor deze mededeelingen beloopt een getal van p. m. 1000—1200 patiënten met inbegrip van de poliklinische en privaatpatiënten.

Ik volg in deze mededeedeeling weder dezelfde orde als in mijn vorige.

I. Ovariotomie. (35 gevallen, 5 gestorven).

De ovariotomie verrichtte ik in de laatste 3 jaar 35 maal, 33 maal waren tumoren geconstateerd, tweemaal nam ik, na de patiënt lang geobserveerd te hebben, wegens excessieve pijnlijkheid een vergroot ovarium weg, dat chronisch ontstoken was.

Eén dezer patiënten beviel later van een gezond kind zonder stoornis en zonder dat het litteeken bijzonder was uitgerekt.

Tweemaal werd geopereerd in de zwangerschap. Beide vrouwen genazen zonder stoornis en bevielen later à terme van een gezond kind.

Driemaal werd geopereerd bij torsie van den steel en adhaesive peritonitis. Ook deze drie vrouwen genazen zonder stoornis. Tweemaal werd geopereerd na bersting van een cyste.

In het ééne geval had deze bersting aanleiding gegeven tot de

vorming van een pseudo-myxoma peritonei, terwijl een tweede tumor niet gebersten was. Niettegenstaande beide tumoren goed konden worden weggenomen en naar 't scheen de buik geheel gereinigd was, zag ik na eenige maanden de patiënt opnieuw met een groote vochtophooping in de buikholte en knobbelige tumoren (peritoneaal metastasen in het cavum Douglasii).

In het andere geval waren er ook twee tumoren. De niet gebersten tumor kon zeer gemakkelijk worden weggenomen, de andere was echter innig vergroeid met het peritoneum van den bekkenwand het coecum en den processus vermiformis. Bij het losmaken ontstond een kleine verwonding der darmserosa, die spoedig gehecht werd, terwijl na het verwijderen van den tumor een groote wondvlakte in het cavum Douglasii achterbleef, waaruit een aanzienlijke parenchymateuze bloeding kwam. De wondvlakte werd getamponneerd. De vrouw stierf echter nog in den nacht na de operatie. In de buikholte was niet veel bloed.

Twee andere patiënten stierven aan peritonitis onder nagenoeg gelijke omstandigheden. Ook hier waren de tumoren achter den uterus gelegen en innig met de serosa van den uterus en de darmen vergroeid, zoodat ook een groote wondvlakte in de buikholte na de operatie achterbleef. In al deze drie gevallen bleken de tumoren bij mikroskopisch onderzoek carcinomateus te zijn.

Een vierde patiënt stierf kort na een niet geheel volledige operatie. Er bestond een dubbelzijdig ovariaal-carcinoom met belangrijke ascites en, zooals bij de operatie bleek, carcinoom van het omentum. Daar de tumoren gemakkelijk verwijderd konden worden, verwijderde ik deze en reseceerde ik daarna het carcinomateuze gedeelte van het net. Hierbij bleek evenwel, dat telkens nieuwe ontaarde gedeelten voor den dag kwamen en ook het mesenterium carcinomateus was, zoodat ik de operatie moest eindigen voordat zij geheel compleet was. De vrouw stierf plotseling den avond na de operatie. Sectie kon niet worden verricht.

In twee andere gevallen, onder rubriek IX vermeld, moest wegens uitgebreide carcinomateuse verandering van het omentum, van het peritoneum parietale en in één geval ook van den darm, van een radicale operatie worden afgezien en werd na inspectie van den buik de wond weer gesloten zonder verderen ingreep.

In het vijfde geval, waar de patiënt na ovariotomie overleed, had zij sints eenige dagen koorts, heftige buikpijn, braken en diarrhee, toen de medicus een tumor in de buik ontdekte. De patiënt werd daarop naar Groningen vervoerd.

In de onderstelling dat hier peritonitis bestond (temp. 38.5 pols 120) tengevolge van een steeltorsie, werd laparotomie gedaan. Er

bestond echter niet het minste spoor van peritonitis. De tumor was een dermoïd van het linker ovarium, geheel vrij bewegelijk, uiterst gemakkelijk te verwijderen, maar de patiënt behield profuse diarrhee, die weldra bloederig werd. Zij stierf nog den avond van de operatie. Als oorzaak van den dood moet worden aangenomen (sectie kon niet worden verricht) uitputting na dysenterie.

Ten aanzien der tumoren valt op te merken, dat éénmaal een haematoom van 't ovarium (bij een oude virgo) bestond, achtmaal het mikroskopisch onderzoek der tumoren carcinoom deed ontdekken, en tweemaal geen cyste maar een fibroom van 't ovarium werd gevonden, terwijl vier cysten dermoïden waren.

Behalve bij de vrouw die dysenterie had, kon na alle *niet gecompliceerde* ovariotomiën een ongestoorde wondgenezing worden geconstateerd.

II. Salpingo-oöphorectomie wegens graviditas extra-uterina. (2 gevallen, 0 gestorven).

Tot deze rubriek kunnen slechts twee gevallen gerekend worden. Eene patiënt had een tubairtumor, die na verwijdering bleek een tubairhaematoom te zijn, dat volgens mikroskopisch onderzoek nog oude chorionvlokken bevatte, eene patiënt had een tubo-ovariaaltumor, die vermoedelijk samenhing met een voor ruim een jaar geaccuseerde extra-uterine zwangerschap.

Beide patiënten herstelden na 't wegnemen der tumoren.

III. Salpingo-oöphorectomie wegens ontstekingen. (6 gevallen, 0 gestorven).

Zesmaal verrichtte ik laparotomie wegens zwellingen, die bij inspectie op ontsteking bleken te berusten. In één dezer gevallen was een vuistgroote ronde tumor voor een ovariaaltumor gehouden, maar bleek het een pyosalpinx te zijn met stinkenden inhoud, die hier en daar met den darm was vergroeid.

Acht dagen na de operatie ontstond een dundarm-buikfistel, die, na het uitstooten van een paar ligaturen, na ongeveer 3 weken, spontaan tot genezing kwam.

In twee gevallen bestonden tumoren, samengesteld uit vergroote ovariën en etterige tubairzakken; in één geval een dubbelzijdige tuberculeuse pyosalpinx met één cysteus vergroot ovarium.

IV. Vaginale uterusexstirpatie voor maligne nieuwvormingen. (6 gevallen, 1 gestorven).

Van de 19 gevallen van uteruscarcinoom die ik waarnam, zag ik slechts in 5 gevallen eenige kans op radicale operaties. In de

overige was òf de geheele cervix met het bovenste deel der vagina in een geheel gefixeerden ulcereerenden trechter veranderd, òf het carcinoom ver over de voorvlakte der vagina uitgebreid, òf de fixatie van de cervix uteri naar achteren zóó vast, dat zij niet naar beneden kon worden getrokken.

In die gevallen moest ik mij bepalen tot een palliatieve behandeling, die bestond in het zoo diep mogelijk afkrabben van het carcinomateus veranderde gedeelte der baarmoeder, terwijl ik daarna òf T[a]. jodii òf bolus alba, òf sulfas chinini appliceerde, het laatste met onbetwistbaar succes, voor zooverre het de beteugeling en het reukeloos maken der secretie betrof.

Van de 6 uterus exstirpaties tot deze groep behoorende, werden 5 wegens carcinoom verricht. Alle vrouwen bleven in leven. Eene van haar kreeg echter eenigen tijd na de operatie een ureter-vaginaalfistel, die door retractie van het litteeken tot stuwing in de linker nier aanleiding gaf. Deze werd toen (in de chirurgische afdeeling) blootgelegd en gedraineerd. Daar later de fistel weer open ging, werd ten slotte de linker nier weggenomen, doch hield de vrouw ook daarna haar urine niet volkomen terug wegens insufficiëntie van den sphincter vesicae.

In één der gevallen bestonden naast den carcinomateusen uterus ietwat vergroote en vastgegroeide ovariën, die per vaginam niet konden worden verwijderd. De patiënt maakte het eerst zeer goed, doch kreeg een paar maanden na de operatie duidelijk carcinoom der ovariën en van 't peritoneum, waaraan zij succombeerde.

Het laatste der drie overige gevallen is een schoon geval van vroegtijdige operatie. Deze vrouw 53 jaar oud, sints 6 jaar in de menopause, kreeg 16 November 1901 een bloeding, nadat zij sints eenige maanden een reukelooze leukorrhee had gehad. Zij consulteerde 20November haar medicus, die haar naar de kliniek verwees, waar zij den 24 werd opgenomen. Den 27 werd een diagnostisch curettement gedaan, dat een adeno-carcinoom van 't corpus uteri deed ontdekken, den 30 November werd de slechts weinig vergroote uterus geëxstirpeerd en bleek reeds de geheele mucosa van 't corpus uteri carcinomateus ontaard. De vrouw herstelde zonder stoornis. In dit geval had de patiënt zich tijdig tot den medicus gewend en de medicus onmiddellijk het ernstige karakter der afwijking begrepen. Als dit steeds geschiedde zouden meer gevallen voor radicale behandeling geschikt zijn!

Het zesde geval was een fibrosarcoom van den uterus. Toen deze vrouw in de kliniek werd gebracht, hing uit haar vulva een stinkende gedeeltelijk gangraeneuse, gesteelde tumor ter grootte van twee kinderhoofden. Deze werd onmiddellijk geamputeerd. Toen zij

van dezen ingreep hersteld was, bleek, dat de uterus snel groeide, door een tumor in den voorwand gelegen. Daarop werd de uterus geëxstirpeerd. Hierbij werd de blaas verwond en gehecht. Aanvankelijk maakte de vrouw het zeer goed, maar na 12 dagen succombeerde zij onder verschijnselen van pneumonie. Behalve deze werd bij sectie eèn circumscripte peritonitis van 't kleine bekken gevonden.

V. Vaginale uterus-exstirpatie wegens andere redenen. (8 gevallen, 0 gestorven).

Driemaal werd de uterus geëxstirpeerd wegens multiple myomen, die tot hevige bloedingen aanleiding hadden gegeven, steeds werd geopereerd volgens Doyen, door splijting van den voorsten uteruswand en enucleatie, resp. verkleining der myomen.

Tweemaal bestond een diffuse aanzienlijke vergrooting van den uterus(gigantisme utérin van Doyen). In het eene geval reikte bij nagenoeg normalen stand van den fundus uteri de portio vaginalis tot in de vulva, bedroeg de lengte van den uterus 14 de breedte bijna 10 cM. Hij werd in toto per vaginam verwijderd, op grond van de prolapsbezwaren en de hardnekkige bloedingen. In het andere geval gaven de hardnekkige bloedingen den doorslag tot het stellen der indicatie. Hier vloeide de vrouw telkens ruim 8 dagen aaneen, om daarna 6 dagen rust te hebben, totdat opnieuw de bloeding begon. Ruim twee jaren had deze toestand geduurd, geen enkel ander middel had gebaat tegen de bloeding, vergeefs was de patiënt tweemaal door een ander gynaecoloog gecuretteerd. Ook deze uterus ruim 12 cM. lang kon per vaginam in toto zonder incisie van den uteruswand worden verwijderd.

Eenmaal verwijderde ik den uterus wegens bloedingen, berustende op een hardnekkige glandulaire hyperplasie van de mucosa uteri. Driemaal was de patiënt gecuretteerd in den tijd van ruim een jaar, met zorgvuldige nabehandeling. Mikroskopisch onderzoek leerde, dat de glandulaire woekering der mucosa telkenmale erger werd, zoodat ten laatste de klieren bijna zonder bindweefsel er tusschen naast elkander lagen, zonder dat vooralsnog eenige maligniteit in de structuur viel waar te nemen. Ik meende op grond der verergering van 't proces gerechtigd te zijn den uterus te verwijderen. Na de exstirpatie werd de algemeene toestand der patiënt, die door de bloedingen zeer geleden had, veel beter.

Een jaar later kwam zij terug met klachten, die teruggebracht moesten worden tot niersteenen en werd zij in de chirurgische en in de interne kliniek behandeld.

In het zevende geval bestond de indicatie tot het verwijderen van den uterus in een *chronische inversie.* Ik heb dit geval uitvoe-

riger medegedeeld in het Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde, jaargang 1901, dl. I.

In het achtste geval van deze rubriek opereerde ik wegens een totalen uterusprolaps bij een oude vrouw en verwijderde ik den uterus door incisie van den achterwand en totale splijting van het orgaan, op de wijze door Döderlein in dit jaar aangegeven, een weinig afwijkende van de methode, die Doyen voor eenige jaren reeds voor prolaps beschreef. De methode is voortreffelijk voor alle gevallen waar een niet te groote uterus moet worden verwijderd, mits geen carcinoom noodzakelijk maakt om den uterus af te sluiten en in toto te verwijderen.

In alle gevallen van uterus exstirpatie op twee na werden zijden ligaturen aangewend. In de twee andere gevallen werden klemtangen gebruikt. Ik prefereer de ligatuur.

VI. Myomotomia per laparotomiam.
(2 gevallen, 0 gestorven).

Het eerste geval betrof een virgo van 33 jaar met klachten over drukking op den plexus ischiadicus. Zij had een achterovergelegen uterus met een duidelijk voelbaar myoom in den voorwand. Bij de laparotomie vond ik: 1°. een subsereus myoom aan den voorwand, 2°. een dito aan den fundus, 3°. en 4°. twee kleine subsereuse myomen aan den achterwand van den uterus. De eerste tumor werd geamputeerd, de drie andere werden geënucleëerd. De daardoor ontstane wonden werden zorgvuldig gehecht en daarop werd de voorvlakte van den uterus, even onder den fundus gefixeerd aan den buikwand door twee catguthechtingen.

In het tweede geval was de steel van een groot subsereus fibromyoom, van den fundus uteri uitgaande, getordeerd, zoodat bloeding en stuwing in den tumor en locale adhaesive peritonitis waren gevolgd. De getordeerde tumor kon worden verwijderd, en twee andere subsereuse fibromyomen konden worden geënucleëerd, zonder dat de uterus behoefde te worden opgeofferd.

Beide patiënten herstelden zonder andere stoornis, dan dat bij beiden, die kort na elkander werden geopereerd een catgut-ettering de genezing van den buikwand vertraagde. Na uitstooting van een stuk der doorloopende fasciahechting kwam de genezing zóó tot stand, dat de buikwond bijna geheel per primam genezen scheen.

VII. Amputatio uteri supra vaginalis.
(16 gevallen, 2 gestorven).

Wanneer een fibromateuze uterus te groot is om per vaginam verwijderd te worden verricht ik bij voorkeur de *lage* supra-vaginale

amputatie met zorgvuldige hechting der in de buikholte ontstane wonden. In vier der gevallen van deze rubriek heb ik nog gebruik gemaakt van de elastieken ligaturen (zie mijn vorig verslag) in de laatste 12 gevallen heb ik haar niet meer gebruikt, maar na het afbinden der ligamenta infundibulo-pelvica, en de ligamenta rotunda, de arteriae uterinae onderbonden en zoowel de wonden in het ligamentum latum als het *kleine* cervixstompje door hechting van het peritoneum der voor- en achterzijde bedekt en van de buikholte afgesloten. Het schijnt mij toe, dat hierna de peritoneale reactie (zich kenmerkende door polsversnelling, vertraagde flatus zonder beteekenende temperatuursverhooging) veel geringer is, dan in de gevallen waar een elastieken ligatuur met een onbedekten cervixstomp achter bleef.

Van de met elastieken ligatuur behandelde patiënten stierf één ruim 3 weken na de operatie vrij plotseling aan ileus, waartegen een secundaire laparotomie niet meer mocht baten. In dit geval was een subsereuse tumor, gelegen aan de linker zijde en voorvlakte, door een zoo breeden en vaatrijken steel aan den zwangeren uterus verbonden, dat ik den tumor niet kon verwijderen zonder den uterus te amputeeren. De indicatie was een dringende, daar de uterus in het kleine bekken achterover lag en niet kon worden gereponeerd omdat de tumor de repositie belette.

Het tweede sterfgeval betrof eene patiënt met een retro-uterinen tumor, die grootendeels in het parametrium was ingegroeid, zoodat bij het verwijderen van den tumor een groote wondvlakte ontstond, die slechts met moeite door peritoneum kon worden bedekt. De vrouw stierf na 4 dagen aan peritonitis met darmparalyse.

De andere 14 patiënten herstelden zonder beteekenende stoornis. Bij een werd ook een catgutettering waargenomen. Drie der tumoren waren cysteus veranderd.

In het ééne geval was een zóó duidelijke fluctuatie waar te nemen, dat de tumor voor een ovariaaltumor imponeerde, maar toch vóór de operatie de juiste diagnose kon worden gemaakt omdat de tumor duidelijk direct in het corpus uteri overging. Bij het openen van den buik schemerde een etterachtige inhoud duidelijk door. Na verwijdering van den tumor bleek dat het een puriform verweekt fibromyoom van den fundus uteri was, waarbij op enkele plaatsen de schil die den tumor omgaf te nauwernood $1^1/_2$ à 2 m.M. dik was. In dit geval zou ongetwijfeld na korten tijd de tumor in de buikholte zijn doorgebroken, indien de operatie was uitgesteld.

In de beide andere gevallen was een van den achterwand van den uterus uitgegane tumor myxomateus veranderd, zoodat ook hier duidelijk fluctuatie was aan te toonen.

Ten slotte zij nog vermeld, dat één der patiënten, een 40 jarige virgo tegelijk een ruim kinderhoofd groot fibromyoom van den uterus en een tuberculeuze peritonitis had, zoodat de geheele oppervlakte van de serosa, die het myoom bedekte met tuberkels was bezaaid evenals de beide tubae. De operatie bevrijdde haar van den tumor en deed de tuberculeuze peritonitis in genezing overgaan.

VIII. Ventrifixura uteri.

Als zelfstandige operatie deed ik deze operatie niet. In vijf gevallen werd de uterus aan den buikwand gefixeerd, waar, hetzij subsereuse tumoren werden verwijderd (groep VI), hetzij een ovariaaltumor werd waargenomen (groep I), hetzij wegens salpingo-oöphoritis werd geopereerd (drie gevallen van groep III).

IX. Laparotomie om verschillende redenen. (17 gevallen, 3 gestorven).

Tot deze groep behooren drie gevallen waar laparotomie werd verricht wegens *hernia ventralis.*

In het eerste geval was de hernia ontstaan na een operatie door mij zelf verricht n.l. de opening van den vruchtzak bij een over den tijd uitgedragen extra-uterine zwangerschap (zie mijn vorige verslag). Dat hier een hernia zou ontstaan was te verwachten. Daar bij deze operatie de vruchtzak geopend was, zonder dat de buikholte geopend werd en ik den vruchtzak tamponneerde na het verwijderen der placenta, bleef natuurlijk een hiaat in den buikwand, dat slechts door litteekenweefsel was gevormd.

Een jaar na de eerste operatie, opende ik de buikholte, excideerde ik het litteeken en hechtte ik de verschillende lagen van de buikwand nauwkeurig aaneen, terwijl ik twee matrasnaden ter ontspanning gebruikte.

In de twee andere gevallen was lange tijd verloopen na een laparotomie (resp. 15 en 12 jaar). In één dier gevallen puilde uit den buik een breukzak ter lengte van 24 cM., die vóór de dijen hing tot bijna halfweg de knie. In den breukzak bevond zich, behalve geadhaereerd net en darmlissen, ook de uterus, die met een aanzienlijk deel van den achterwand aan den rand van den breukzak was vastgegroeid. De verklaring van deze zonderlinge vergroeiing was, dat voor 15 jaar een subsereus fibroom werd verwijderd en de stomp extra peritoneaal was behandeld. Hier moest niet alleen het geadhaereerde net losgemaakt en gereseceerd maar ook de uterus supra-vaginaal geamputeerd worden, voordat tot resectie van den breukzak en nauwkeurige hechting van de verschillende lagen van

den buikwand kon worden overgegaan. De patiënt vertoonde een jaar na de operatie nog geen spoor van recidief.

In het derde geval waren van acht duidelijk zichtbaar steekgaten zeven tot netbreuken geworden, zoodat niet minder dan zeven verschillende breukzakken moesten worden ontledigd. Dit geschiedde vrij gemakkelijk omdat eerst het peritoneum geopend was en van daar uit de breukpoorten konden worden verwijd en het net kon worden geresecerd. Ook hier werd een vrij uitgebreide resectie van den buikwand gedaan en de buikwand in étages gehecht.

In zeven gevallen werd laparotomie gedaan wegens *tuberculeuze peritonitis*. In één was een zuiver adhaesive peritonitis met dikke fibreuse massaas tusschen de darmlissen, de patiënt herstelde volkomen en werd een toonbeeld van gezondheid na de eenvoudige incisie van de buikwand.

In een tweede geval was tusschen de sterk vergroeide darmlissen een holte met vlokkige pus gevuld. Deze holte werd geledigd en met jodoform bestrooid. De buik werd gesloten, de patiënt genas eveneens.

In de vier andere gevallen bestond de sereuse vorm der tuberculeuse peritonitis met diffuse knobbeltjes over het peritoneum zoowel van de darmen en van de genitalia als van den buikwand. Drie patiënten genazen, althans voorloopig [1]), de vierde kreeg na de laparotomie opnieuw vocht in 't abdomen, dat ik daarna driemaal door middel van kolpotomia posterior per vaginam ontlastte. Deze patiënt vertoonde zich een half jaar na de laatste kolpotomia posterior met een blozend, gezond uiterlijk zonder eenig spoor van exsudaat.

In drie andere gevallen was de laparotomie als proeflaparotomie bedoeld, daar in alle het vermoeden bestond van carcinoom der ovariën met metastasen. Na het openen van den buik bleek het geval telkens inoperabel te zijn en werd de buik weder gesloten. Een dezer patiënten ging naar huis en werd uit 't oog verloren.

De tweede had bij de operatie een groot intraperitoneaal exsudaat licht bloedig gekleurd. Na acht dagen stierf zij, koorts vrij, onder verschijnselen, die deden denken aan een inwendige bloeding. Hier waren ovariën, omentum, peritoneum parietale en viscerale carcinomateus.

De derde patiënt had eveneens een vrij groot exsudaat, carcinoom van beide ovariën, carcinoom van 't omentum en carcinoom van 't peritoneum parietale; het peritoneum der darmen was echter vrij. Na aanvankelijke verbetering door ontlasting van 't exsudaat ging zij thuis zijnde achteruit en stierf zij ruim 2 maanden na de laparotomie. Ik heb deze patiënt niet als gestorven opgenomen omdat

---

[1]) Eene patiënt overleed onder toename van het tuberculeuze proces ongeveer $2^1/_2$ maand nadat zij uit de ziekeninrichting was ontslagen.

de dood niet als 't gevolg der operatie kan worden beschouwd.

In een ander geval was een groote ovariaalcyste gediagnosticeerd maar bleek bij de operatie, dat de tumor een groote retro-peritoneale zak was, die zich achter het geheele peritoneum uitstrekte, zoodat de intestina als op een groot waterkussen lagen. Door een kleine opening werd een groote hoeveelheid vocht ontlast en buiten de buikholte gevoerd. Deze opening werd daarna gesloten. Het vocht was troebel. Toen later opnieuw vocht zich verzamelde werd door de buik punctie gedaan en kon toen het vocht worden onderzocht, dat van chyleusen aard bleek te zijn. Later is de vrouw thuis overleden, zonder dat ik in staat was nadere inlichtingen te ontvangen.

In een geval deed ik laparotomie als voorbereiding tot een operatie ter opening van een afsluiting der vagina. Bij een jonge virgo bestond een afsluiting in de vagina die zich over een lengte van ongeveer 2 à $2^1/_2$ cM. uitstrekte. Daarboven was een fluctueerende zwelling met een uitpuiling naar links die zich uitstrekte tot boven den navel. Ten einde een eventueele haematosalpinx te kunnen reseceeren werd de buik geopend. Een der eileiders was in een bloedzak veranderd en werd weggenomen, de andere had een vrij lumen en goed ontwikkelde fimbriae. Hij werd achtergelaten. Ruim twee weken later, nadat de patiënt van de laparotomie was hersteld werd de vagina van onderen geopend en een aanzienlijke hoeveelheid teerachtig, steriel bloed ontlast.

Twee patiënten tot deze rubriek behoorende, overleden. Bij één was een tumor gevonden, die scheen vóór den uterus, onmiddellijk tegen den vaginaalwand te liggen, terwijl een tweede geheel vrij en onafhankelijk van de genitalia scheen. De diagnose helde over naar echinococcus. Ten einde dit uit te maken werd per vaginam een punctie gedaan. In het vocht, dat zich ontlastte en vrij helder, licht opalesceerend was, werden kleine bolletjes en naar 't scheen ook enkele haken gevonden. Spoedig bleek dat de punctie niet onschuldig was geweest, daar uit de opening daardoor ontstaan in steeds grootere hoeveelheid urine liep. Hierop besloot ik die fistel te sluiten en deed dit op de gewone wijze, naar 't scheen met succes. Spoedig echter kreeg de patiënt duidelijk een peritonitis. Daar deze wel afhankelijk moest zijn van den tumor, besloot ik den buik te openen. Ik vond nu een versche peritonitis en twee dermoïdcysten waarvan één geborsten was. Een kon gemakkelijk worden verwijderd, de andere scheen inoperabel. De vrouw succombeerde. Bij de sectie bleek, dat ook de tweede tumor niet zóó vergroeid was (het was die welke met de blaas samen hing), dan dat zij niet had kunnen verwijderd worden. In dit geval is het doen van punctie per vaginam een fout geweest, die andere tengevolge had. Had ik

in plaats hiervan laparotomie gedaan, waarschijnlijk zou 't resultaat anders zijn geweest.

De tweede patiënt, die stierf, had een echinococcuscyste op zijde van den uterus gelegen nabij het ovarium, zoodat zij voor een intraligamentairen ovariaaltumor imponeerde. De zak berstte en bleek een echinococcuscyste te zijn. Daar de zak niet kon worden uitgepeld, hechtte ik haar aan de fascia en het peritoneum, tamponeerde ik den zak en liet ik de buikwond voor een deel open. De vrouw overleed in 3 dagen aan peritonitis. Bij sectie werd gevonden een echinococcusblaas, die de geheele linker leverkwab had ingenomen en een dito in de long, die aanleiding had gegeven tot een langdurigen hoest, waarbij telkens bloed werd opgegeven.

X. Sectio caesarea. (6 gevallen, 1 gestorven).

In de laatste 3 jaar werden door mij zes keizersneden gedaan, waarover ik later uitvoeriger bericht hoop te geven. Van deze zes gevallen, volgde in één de dood kort na de operatie.

Deze kan moeilijk op rekening van de operatie zelf gesteld worden, daar de patiënt een eclamptica was, in extremis, die ik op een plaats in een naburige provincie opereerde. Met het oog op den slechten toestand der patiënt had de medicus toen ik kwam, reeds alles voorbereid tot de operatie, die geen langer uitstel gedoogde. Hoewel de prognose uiterst slecht moest gesteld worden (de eclamptische aanvallen waren opgehouden maar de patiënt was comateus gebleven en had reeds een beginnend longoedeem) meende ik toch tot de operatie te moeten overgaan als ultimum refugium. Zij werd snel en zonder narcose gedaan. Bij het openen van den uterus puilde het ei zoo uit de wond, dat ik het geheel kon lospellen en ongeopend aan de verpleegster kon overreiken, die het onmiddellijk opende — het kind was dood.

Hierna onderbond ik snel de ligamenta infundibulo-pelvica, de ligamenta rotunda en de a. a. uterinae, amputeerde den uterus, waarop de wond in de buikholte gesloten en de buikwond gehecht werd. De operatie had zeer kort geduurd (p. m. 20 minuten) maar mocht het leven der vrouw niet redden, daar zij ongeveer anderhalf uur na de operatie succombeerde.

De vijf andere patiënten, bij wie sectio caesarea werd gedaan wegens bekkenvernauwing, herstelden alle.

Bij twee, die in de kliniek werden gebracht, toen zij reeds eenige dagen in partu waren, kon geen levend kind worden verkregen.

N°. 1 was een rachitische dwergin, lang *86* cM. Zij was reeds vijf dagen in partu, toen zij in de kliniek werd gebracht. Het bekken was, natuurlijk, absoluut te nauw, zoodat na reiniging

der vrouw onmiddellijk tot sectio caesarea werd overgegaan. Het kind was dood en 53 cM. lang. Daar het wegens de wanstaltigheid der vrouw niet mogelijk was om den uterus behoorlijk in de mediaanlijn te brengen, trof de snede den achterwand der baarmoeder in schuinsche richting, zoodat het eene uiteinde der incisie in de nabijheid der tubair-insertie viel. Na het verwijderen der placenta was de bloeding vrij aanzienlijk zoodat ik den uterus amputeerde en de stomp behandelde als na een amputatie wegens een myoom met zorgvuldige hechting van het peritoneum. Hoewel het wat lang duurde voor dat de darmperistaltiek aan den gang was, herstelde de vrouw zonder stoornis.

N°. 2, bij wie eenige dagen voor haar komst in de kliniek vruchtwater was afgevloeid, was een gehuwde I gravida, zeer wèl gevormd maar klein (130 cM.). Het bekken was vrij sterk algemeen vernauwd. De uitwendige dwarsmaten waren 19 en 24 cM., de conjugata diagonalis te nauwernood 9.5 cM., met één vinger kon de geheele linea terminalis gemakkelijk worden vervolgd. Er was een ontsluiting van 6 cM., de harttonen van 't kind waren te hooren, maar zwak en niet frequent. Met het oog hierop werd spoedig S. C. gedaan. Het kind was echter niet meer levend. De vrouw herstelde zonder stoornis. In dit geval werd de uterus in de mediaanlijn overlangs geincideerd en gehecht, zonder sterilisatie der vrouw.

N°. 3, 4 en 5 werden met levende kinderen ontslagen.

N°. 3 is de chondro-dystrophische dwergin over wie ik reeds in dit Tijdschrift (Dl. XI) heb bericht.

N°. 4 was een II para, bij wie voor 4 jaar door mijn voorganger prof. Döderlein sectio caesarea was gedaan. Zij was toen ontslagen met een kind, dat in leven was gebleven en zich goed ontwikkeld had. De vrouw werd tijdig opgenomen zoodat alles voor de S. C. kon worden voorbereid. Deze werd verricht toen er 4 cM. ontsluiting was en de weeën vrij krachtig waren. De incisie van den uteruswand maakte ik overlangs aan de voorvlakte. De bloeding was niet aanzienlijk. Na het verwijderen der placenta werd de uteruswond gehecht, en hierop werden de tubae dubbel afgebonden en werden de stompen met peritoneum bedekt ten einde een nieuwe zwangerschap te voorkomen, daar de vrouw en haar echtgenoot beide ten zeerste voor een nieuwe zwangerschap beducht waren. Daar de vrouw nu twee levende kinderen had, meende ik op deze wijze aan hun wensch te mogen voldoen.

Toen de uterus vóór de incisie werd geinspecteerd was nergens eenig spoor van de vorige sectio caesarea te vinden. Het is mij niet mogen gelukken te weten te komen of bij de vorige sectio caesarea met zijde dan wel met catgut gehecht is.

N°. 5 was een I para met een algemeen vernauwd bekken, bij

wie ik met het oog op de bekkenmaten (conjugata diagonalis 9 cM. en een gemakkelijk te vervolgen linea terminalis) reeds te voren besloten had sectio caesarea te doen. Deze werd op de gewone wijze verricht. De patiënt herstelde zonder stoornis.

XI. Vaginaefixura uteri.

Slechts bij ééne patiënt een vrouw van 43 jaar werd de vaginaefixuur als zelfstandige operatie gedaan. Daarentegen werd in een aantal gevallen de fixatie van den uterus aan de vagina als complement eener plastische operatie verricht. Aanleiding tot bezwaren gaf deze operatie, steeds gedaan bij oudere vrouwen, niet.

XII. Verschillende andere operaties.

Tot deze rubriek behooren drie patiënten bij wie, wegens *carcinoma vulvae* de vulva geheel of gedeeltelijk werd geëxstirpeerd met wegname van gezwollen lymphklieren uit de liesstreek. Alle drie patiënten genazen. Een hunner kreeg later recidief, de tweede is eerst onlangs, oogenschijnlijk geheel genezen, ontslagen, de derde verloor ik uit het oog.

Tienmaal werd *kolpotomia posterior* gedaan wegens de aanwezigheid van tumoren of exsudaten in het cavum Douglasii. Driemaal werden op deze wijze vergroote ovariën verwijderd, één daarvan was een veretterde dermoïdcyste waar om heen een retro-uterine exsudaat was.

Tweemaal bleek het exsudaat een oude haematocele te zijn, vermoedelijk van een door de patiënt niet opgemerkte extra-uterine graviditeit afhankelijk.

Viermaal moesten wij ons met de diagnose: etterig exsudaat in de Douglas-holte tevreden stellen.

Eenmaal verrichte ik kolpotomia posterior bij een 71 jarige vrouw wegens een groot exsudaat achter de vagina gelegen, dat het geheele kleine bekken opvulde. De portio vaginalis was niet te bereiken. Na opening van het peritoneum stroomde daaruit een groote massa verschrikkelijk stinkende pus. Hierna bleek in het cavum Douglasii een tumor te liggen met een opening, waaruit iets dikkere pus stroomde. Toen deze tumor voor den dag werd gehaald bleek het de uterus te zijn. Deze werd met een paar klemtangen gevat en geamputeerd. De klemtangen bleven twee dagen in situ en werden toen weggenomen. Terwijl de vrouw het aanvankelijk goed maakte, begon zij den 8en dag na de operatie te hoesten, kreeg zij temperatuursverhooging en stierf zij den 12en dag. Bij sectie werd gevonden pneumonie en locale adhaesive bekkenperitonitis.

Hier was dus een pyometra geweest bij een sterk geretroflecteerden uterus, die in het cavum Douglasii was doorgebroken en waaromheen een circumscripte peritonitis aanleiding had gegeven tot een exsudaat in het kleine bekken.

In het praeparaat van den uterus, dat nauwkeurig werd onderzocht, was geen spoor van carcinoom te vinden, wel een oude sklerose van den geheelen uteruswand.

Tweemaal werden fistels geopereerd: eenmaal een vesico-vaginaalfistel van geringe grootte, eenmaal een recto-vaginaalfistel bij den partus ontstaan. In het laatste geval werd door klieving van den achtersten vaginaalwand, de fistel gemaakt tot een complete ruptura perinei en door rectale, vaginale en perineale hechtingen gesloten.

Plastische operaties aan de vagina werden, behalve deze fisteloperaties, *veertigmaal* verricht. Achtmaal gaf een compleete perineaalruptuur, twee en dertigmaal prolaps van den voorsten vaginaalwand met descensus uteri resp. prolaps van den achtersten vaginaalwand de indicatie tot deze operatie. In een dezer laatste gevallen bestond een enterocele vaginalis posterior, die door resectie en sluiting van den breukzak werd genezen. Zooals gezegd is, werd in een achttal dezer gevallen tevens de uterus aan de vagina gefixeerd. Driemaal werd tevens een hypertrophische portio vaginalis geamputeerd.

Amputatie der portio vaginalis wegens hypertrophie werd bovendien driemaal gedaan als zelfstandige operatie.

Viermaal werden grootere of kleinere fibreuse poliepen uit den uterus per vaginam verwijderd. Een dezer poliepen vulde nagenoeg het geheele kleine bekken op.

Eenmaal werd door mij de abortus ingeleid bij een gravida, die een vuistgrooten bekkentumor had, uitgaande van de voorvlakte van het heiligbeen, waarschijnlijk een osteosarcoom, dat oogenschijnlijk in de laatste maanden sterk was gegroeid en als inoperabel moet worden beschouwd.

Tot het inleiden van den abortus noopte mij, behalve de absolute bekkenvernauwing, de verwachting dat door het afbreken der zwangerschap de groei van den tumor minder snel zou worden. Naar 't scheen — ik zag de vrouw nog ééns ongeveer een half jaar na den abortus — was in dien tijd de tumor niet veel grooter geworden.

Ten slotte mag nog vermeld worden, dat ik eenmaal een cyste uit den voorsten vaginaalwand verwijderde, die voor een cystocele imponeerde, dat een groot aantal malen, zoowel om diagnostische als om therapeutische redenen de *abrasio mucosae* uteri werd verricht, dat in een tiental gevallen suppuratieve ontstekingen van het bekkenbindweefsel door incisie werden behandeld en dat ver-

schillende malen abortus- en placentairresten hetzij digitaal, hetzij instrumentaal uit den uterus werden verwijderd.

Zooals uit het hiervoor medegedeelde blijkt, had ik vijfmaal te doen met stoornis in de genezing van de buikwond, eenmaal ontstond een darmfistel, viermaal een lichte suppuratie te wijten aan uitettering van de doorloopende catgutnaad, waarmede de fascia werd gehecht, en paar maal klaarblijkelijk te wijten aan het minder goed gepraepareerde catgut, dat na deze operaties werd vervangen, door beter gepraepareerd catgut dat meer dan 4 weken in alcohol was bewaard.

Reden om af te wijken van de bijna steeds door mij gevolgde hechting in étages vond ik hierin niet. Wèl heb ik in de laatste serie van 24 laparotomieën met een enkele uitzondering voor de adaptatie der huidwondranden gebruik gemaakt van de „agrafes" van Michel en werd met behulp dezer „krammen" de huidwond niet meer „gehecht" maar „gekramd".

OVERZICHT.

(Met inbegrip der operaties vermeld in het vorige verslag.)

	Operatie.	Aant.	Sterfg.
I.	*Ovariotomie*	49	5
II.	*Salpingo-oöphorectomie* a)	4	0
III.	*id.* b)	9	0
IV.	*Vaginale uterusexstirpatie* (maligne nieuwvorming)	10	1
V.	*id.* (andere aandoeningen)	11	0
VI.	*Myomotomie par laparotomiam*	3	0
VII.	*Amputatio uteri supra-vaginalis* (myom.)	23	3
VIII.	*Ventrifixura uteri* (zie verslag)	2	0
IX.	*Laparotomie om verschillende redenen*	22	3
Xa.	*Sectio caesarea* (bekkenvernauwing)	6	1
Xb.	*id. id.* (eclampsie)	1	1
XII.	*Kolpotomia posterior*	10	1
	Totaal	150	15

Groep I, II en III te zamen (adnexoperaties) omvat 62 gevallen, overleden 5, mortaliteit = 8°/₀.

Groep VI en VII te zamen (abdominale myoomoperaties) omvat 26 gevallen, overleden 3, mortaliteit = 12°/₀.

Groep IV en V te zamen (vaginale uterusexstirpatie) omvat 21 gevallen, overleden 1, mortaliteit = 5°/₀.

Groepen I, II, III, VI, VII, VIII, IX, X (te zamen alle laparotomiën) omvatten 119 gevallen, gestorven 13, mortaliteit = 11°/₀.

Recapitulatie van alle sterfgevallen na operaties gedurende de jaren 1898, 1899, 1900 en 1901.

1°. *Ovariotomie.* Geborsten cyste, sterke adhaesies, serosa verwonding van den darm, sterke parenchymateuse en veneuse bloeding, tamponnade van de wondvlakte in het peritoneum. Dood binnen 24 uur aan acute anaemie.

2°. *Ovariotomie.* Zeer sterke adhaesies met darmen en bekkenperitoneum, serosaverwonding. Dood na 3 dagen aan peritonitis.

3°. *Ovariotomie.* Sterk geadhaereerde cyste, groote wondvlakte in het peritoneum, tamponnade, dood na 4 dagen aan peritonitis.

4°. *Ovariotomie.* Dermoïdcyste, verschijnselen van peritonitis, koorts, buikpijn, braken, diarrhee. Bij de operatie geen peritonitis maar dysenterie. Dood aan uitputting binnen 24 uur (privaatpatiënt, geen sectie).

5°. *Ovariotomie.* Carcinoom van beide ovariën en het omentum. Verwijdering der ovariaaltumoren en partieele resectie van het omentum. Incompleete operatie. Plotselinge dood van de patiënte 4 uur na de operatie (privaatpatiënt, geen sectie).

6°. *Vaginale uterusexstirpatie.* Veertien dagen voor de operatie verwijdering van een groote, geprolabeerde gangraeneuse poliep per vaginam. Bij de exstirpatie blaasverwonding. Circumscripte peritonitis, pneumonie.

7°. *Supravaginale amputatie van den uterus* wegens myoom. Elastieken ligatuur, vrij aanzienlijke bloeding bij de operatie. Dood 40 uur na de operatie, waarschijnlijk wegens de afglijdende ligatuur. (Privaatpatiënte, geen sectie.) (Zie Verslag 1898).

8°. *Supravaginale amputatie* wegens myoom. Groote sterk in 't parametrium ingegroeide tumor, groote wondvlakte in het bekkenbindweefsel, met veel moeite gehecht. Dood 3 dagen na de operatie aan peritonitis (darmparalyse).

9°. *Supravaginale amputatie* van den zwangeren myomateuzen uterus wegens incarceratie van den uterus in 't kleine bekken. Aanvankelijk ongestoorde genezing. Zestien dagen na de operatie ileus, secundaire laparotomie, dood na eenige uren.

10°. *Diagnostische laparotomie* wegens waarschijnlijk carcinoom van 't peritoneum als oorzaak van ascites. Licht gekleurd haemorrhagisch exsudaat in 't peritoneum. Dood na 8 dagen onder verschijnselen van toenemende anaemie (privaatpatiënte, geen sectie).

11°. *Laparotomie wegens vermoedelijk intraligamentair-ovariumcyste: Echinococcuscyste* in het bindweefsel en den omtrek van coecum, processus vermiformis en rechter ovarium. Innige vergroeiing met darmen, serosaverwonding, bersting van de cyste, tamponnade en

hechting van de cyste aan de fascia en openlaten van de buikwonde. Dood aan peritonitis na 3 dagen. Bij sectie echinococcus van lever en rechter long.

12°. *Laparotomie wegens peritonitis* afhankelijk van bersting eener ontstoken dermoïdcyste na punctie per vaginam en operatie eener daarna ontstane blaasfistel. Dood binnen 24 uur.

13°. *Sectio caesarea* wegens bekkenvernauwing. Vroegtijdig afloopen van vruchtwater. De patiënt was daarna door een oude vroedvrouw onderzocht. Dood na 10 dagen aan streptokokkeninfectie (zie Verslag 1898).

14°. *Sectio caesarea* wegens eclampsie. Comateuze patiënt, beginnend longoedeem. Dood der vrouw na 1½ uur.

15°. *Kolpotomia posterior.* Exsudaat in het cavum Douglasii en pyometra; oude vrouw, dood na 12 dagen aan pneumonie.

DE MOLA VARICOSA,
(haematoom-mola)

DOOR

H. VAN DEN HENGEL,
Off. v. Gez. 2e kl. N. O. I. L.

In de groote groep van ontwikkelings-anomalieën, gevolg van stoornissen in den groei van het menschelijke ei, nemen van oude tijden af, de molae een niet geringe plaats in. Men verstond onder „mola", een sterk gedegenereerd ei, waarin de vrucht meestal geheel was vernietigd en de overige weefsels zoodanig door bloeduitstorting waren gemetamorphoseerd, dat de oorspronkelijke vormen niet meer te herkennen waren. Al naar den ouderdom van het uitgestorte bloed, sprak men van mola carnosa of mola sanguinolenta.

Het is duidelijk, dat deze nomenclatuur afkomstig is uit een tijdperk, waarin men zich vergenoegde met een naam, die het eindeffect kon aanduiden van een geheele reeks zeer verschillende pathologische processen, welke zich in het ei hadden afgespeeld.

Naast de gebrekkig ontwikkelde pathologische anatomie, moet de oorzaak voor die oppervlakkigheid worden gezocht in de moeilijkheid om een voldoend onderzoekingsmateriaal te verkrijgen.

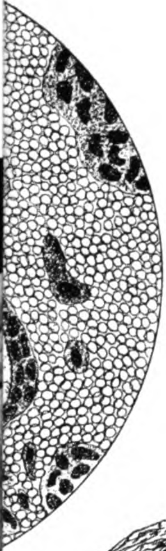
Indien wij niet al te vasthoudend zijn aan het begrip, dat de molae door bloeding geheel onherkenbaar geworden eieren zijn, maar onder deze benaming ook de minder gedegenereerde, de minder door bloeduitstorting vernietigde eieren rangschikken, dan heffen wij een willekeurige en nimmer scherp te bepalen grens van quantitatief verschil op en zien wij tevens het gebied der molae verrijkt met eenige andere groepen van ontwikkelingsstoornissen met geringere degeneratie, waaruit het ons wellicht mettertijd mogelijk zal zijn, een afdoend oordeel te vormen, omtrent de pathologische processen, die tot het ontstaan van de hier bedoelde molae aanleiding geven. Een dezer groepen zullen wij hier behandelen, en wel die welke bekend is onder den naam mola haematomatosa, of volgens Breus haematoma tuberosum subchoriale deciduae.

Prof. Treub was, zoo vriendelijk mij eenige praeparaten ten onderzoek af te staan, welke ik nog met één uit mijn eigen praktijk kon vermeerderen. De meeste betroffen eieren voor één embryo



Fig. 1.





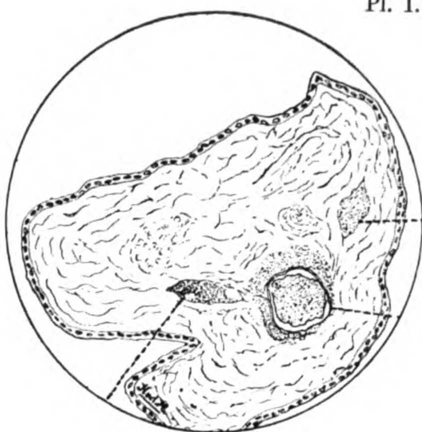


Fig. 11.

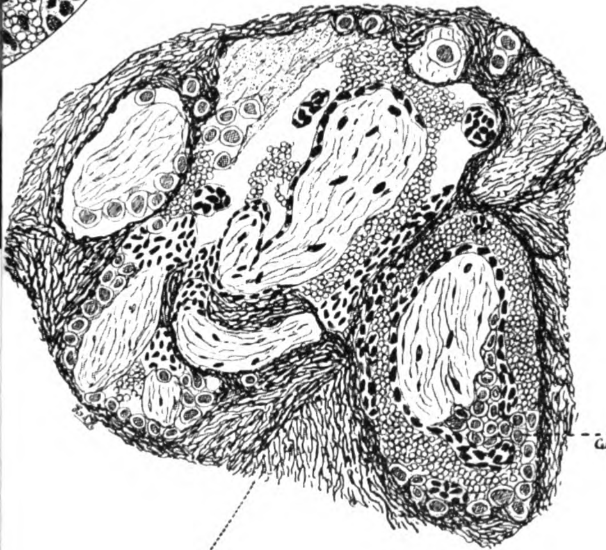
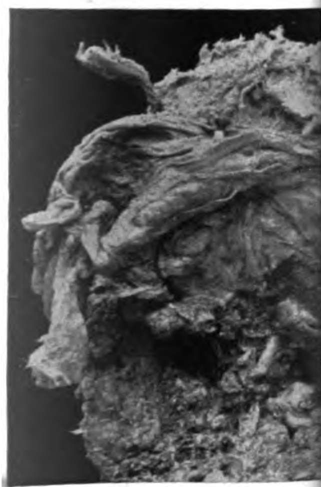
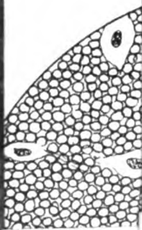


Fig. 10.







één bevatte drie amnionholten. Alle hadden zich in den uterus ontwikkeld, behalve één dat in de tuba gelegen was.

Ik stel mij nu voor eerst een beschrijving mijner praeparaten te geven, dan de opvatting van anderen over dit onderwerp mede te deelen, om vervolgens mijn meening aan deze te toetsen.

I.

1.

Van het eerste praeparaat dat wij gaan beschrijven bestaat slechts eene korte anamnese.

Patiënte .... kwam zich onder behandeling stellen van den geneesheer wegens herhaalde bloedingen durante graviditate, die eindelijk zoo ernstig werden dat de zwangerschap werd afgebroken.

Vóór den abortus leerde het onderzoek dat de uterus ongeveer manshoofd groot was en van vrij harde consistentie. De graviditeit had ongeveer 5 maanden geduurd. Het ei waarvan hierbij een afbeelding (fig. 1) gevoegd is, ca. $^{2}/_{3}$ der werkelijke grootte, was ongeveer $7\frac{1}{2}$ centimeters lang, 5 centimeters breed en 4 centimeters dik. Het bezat dus een platovalen vorm. Of er veel vruchtwater in aanwezig is geweest, was niet meer na te gaan daar het ei opengesneden ter onderzoek kwam. De wanddikte was ter plaatse van de placenta het grootst, namelijk 15 millimeters, maar toch over den verderen wand van het ei nog minstens 5 millimeters. Het ei was geheel omgeven door de decidua. De binnenvlakte van het ei was gekenmerkt door vele tuberositeiten, die het chorio-amnion, dat vrij sterk geplooid was, een zeer onregelmatig uitzicht verleenden, zooals uit de figuur duidelijk wordt.

Aan een vrij goed geconserveerde navelstreng van ongeveer 15 millimeters lengte, hing een vrucht van ruim 12 millimeters, gemeten van kruin tot stuit. De vrucht vertoonde absoluut geen symptomen van maceratie en verkeerde oogenschijnlijk in goeden toestand.

Dit praeparaat aan mikroskopisch onderzoek onderwerpende vindt men het volgende:

De deciduacellen waren deels in groote lagen necrotisch, vooral aan de peripherie van het ei. Hier en daar, vooral op de grens van het nekrotische gedeelte en de levende deciduacellen waren infiltraten van leukocyten aanwezig.

Wat echter vooral in de decidua in het oog viel was de bloedsophooping. Alle bloedvaten waren overmatig gevuld en groote bloedinfiltraten van die vaten uitgaande drongen de deciduacellen uiteen en hadden hen doen afsterven. Enkele vaten, wier wand vol-

komen gelijk scheen aan dien der overvulde bloedvaten, waren minder vol en enkele zelfs bijna ledig te noemen.

De vlokken waren minder in aantal dan in een normale placenta, en voor een deel nekrotisch, voornamelijk de kleinere en vele vertoonden symptomen van degeneratie (vacuolen, spleten, en minder intensieve kernkleuring).

De meeste waren in het bezit van een goed bewaarde syncytiumlaag, op vele plaatsen knoppen vormende en soms zelfs woekeringen vertoonende.

Onder het syncytium trof men sporadisch Langhans' cellen aan.

Het vlokstroma bestond uit fibrillair bindweefsel, of slijmweefsel. De kernen lagen in het stroma vrij regelmatig verdeeld; soms ietwat meer aan de peripherie, soms wat in het centrum opgehoopt. Dat de vulling van de intervilleuse ruimten hierop van eenigen invloed was, was niet vast te stellen.

Nergens gelukte het bloedvaten in de villi aan te toonen of sporen van vroegere bloedvaten te ontdekken. Vooruitloopende op hetgeen wij daarover later hopen te zeggen, willen wij hier reeds vermelden dat dit niet vreemd is, omdat men in placentae van dit stadium geregeld kan waarnemen, dat de meeste vlokken schijnbaar vaatloos zijn. De redenen hiervan zullen ter gelegener plaatse besproken worden.

De intervilleuse ruimten vertoonden een merkwaardigen aanblik.

Zij waren nagenoeg alle sterk gevuld met bloed, doorweven met fibrinedraden, die zich tot een netwerk vereenigden, of wel lagen er colloïde en andere massa's in opgehoopt, waarover later meer.

In directe verbinding met deze massa's en bloedcoagula stonden de uitbochtingen van het chorio-amnion, die er ook mede gevuld bleken te zijn. De plaatsen, waar zich makroskopisch de insnoeringen vertoonden die wij aan het praeparaat waarnamen, beantwoordden zooals zonder meer begrijpelijk is aan de plekken van waaruit de groote stamvlokken zich in de intervilleuse ruimten begeven.

Het chorio-amnion was goed geconserveerd, voor zoover het chorion betreft; het amnion in iets mindere mate, en meer afgestorven cellen bevattende.

Nergens waren er ook vaten in te vinden.

2.

Het tweede praeparaat week makroskopisch wat af van het vorige. De grootte was ongeveer 7 cM. lengte, 5 cM. breedte en 2 cM. dikte.

De eiholte was aan de eene zijde slechts afgesloten door het chorio-amnion, waaraan een paar kleine stukjes nekrotische decidua vastzaten. De decidua vera was bijna geheel afwezig.

De eiholte, die eenigszins beschadigd was, vertoonde zooals uit figuur 2 blijkt weer duidelijke tuberositeiten.

Een vrucht was hier niet aanwezig, evenmin een spoor van navelstreng.

De anamnese van dit praeparaat, voor zoover bekend, is vrij wel gelijk aan de vorige.

Mikroskopisch geeft de decidua weer hetzelfde beeld als boven beschreven is.

Ook de vlokken verkeeren in denzelfden toestand.

In dit praeparaat treft men zeer fraaie cellen van Langhans aan.

Ook de intervilleuze ruimten en het chorio-amnion gaven hetzelfde beeld te zien als in het eerste praeparaat.

3.

Weer een ander makroskopisch aspect geeft het derde praeparaat te zien, zooals uit figuur 3 blijkt.

Het ei is hier geheel door de decidua omgeven, in de figuur in drie lappen uiteen geslagen om een goed overzicht van de eiholte mogelijk te maken.

De tuberositeiten die het binnenvlak van het ei hier vertoont verloopen meer bergketenvormig over de geheele uitgestrektheid van het chorio-amnion. Daartusschen liggen weer talrijke plooien van de vliezen.

De anamnese van dit praeparaat is wat uitgebreider dan van de vorige.

Mejuffr. O. . ., 23 jaar oud, was primigravida. Ongeveer een jaar voor haar huwelijk heeft zij ± zes weken lang aan fluxus geleden, waarvan zij zelve de oorzaak zoekt in zwaren arbeid. In haar huwelijk is de menstruatie weer volkomen regelmatig geweest.

Anamnesis graviditatis.

De laatste menstruatie in haar huwelijk vond plaats den 21 December 1899. De maand daarop ging zonder stoornis voorbij.

Vier weken later ontstond er eenige bloeding, zonder dat patiënte daarvoor een oorzaak weet op te geven. Na eenige dagen verdwijnt die bloeding.

De maand daarop verloopt weer ongestoord.

Tusschen de derde en vierde maand is patiënte gaan vloeien en nu blijven vloeien, steeds erger, zoodat 20 April 1900 de fluxus eene gevaarlijke hoogte bereikte.

23 April is patiënte naar een ziekenhuis gegaan waar men haar

heeft onderzocht, en volgens haar moeder, eene baker, gesondeerd (! ?). Men heeft daarop een watje ingebracht, en heeft haar droppels (hydrastis?) gegeven, waarna de bloeding tijdelijk stond.

24 April begon de fluxus opnieuw.

De medicus werd te hulp geroepen en toen deze kwam had patiënte juist „*veel* water" verloren, ten minste al haar ondergoed was er mede doordrenkt. Het vocht was in kleur en reuk niet afwijkend van gewoon vruchtwater.

Den volgenden morgen kwam het beschreven praeparaat te voorschijn.

Mikroskopisch is dit praeparaat ook zeer interessant.

In de buitenste laag van de decidua zijn de cellen op vele plaatsen uiteen gedrongen door uitgebreide bloedextravasaten.

Placentairwaarts is de decidua vrij goed geconserveerd, doch ook hier zijn de deciduacellen sterk uiteen gedrongen door de alles beheerschende bloeduitstortingen.

Ook de deciduale vaten zoowel als de intervilleuze ruimten zijn overvuld met bloed en overal verkeert het bloed in verschen toestand; van coagula, fibrinenetten en andere eigenaardigheden, die wij in de andere praeparaten aantroffen en die er op wezen, dat men met oudere bloedingen te doen had, was hier geen sprake.

De vlokken zelf waren goed levend, in grooten getale nog aanwezig, de meeste kernrijk en vaak sterke woekering vertoonende van hunnen syncytialen mantel, waarbinnen op sommige plaatsen fraaie cellen van Langhans te zien waren.

Sommige villi waren bezig te degenereeren, kenbaar aan een splijting van het vlokstroma in fibrillenbundels en loslating van het syncytium. Het was op enkele plaatsen zeer duidelijk te zien dat de overmatige bloedophooping hiervan de oorzaak was. Want niet alleen was het syncytium soms over zeer groote uitgestrektheid van het vlokstroma losgewoeld door het bloed, maar ook het stroma zelf was hier en daar door chromocyten geïnfiltreerd.

De villi hadden verder den vorm van jonge vlokken. Vaten waren ook hier niet in de vlokken, noch in het chorio-amnion, dat hier zeer goed ontwikkeld was, aan te toonen.

4.

Weer een eenigszins gewijzigd beeld geeft ons het volgende praeparaat.

Het is afkomstig uit het pathologisch-obstetrische museum van de Universiteits Vrouwenkliniek te Amsterdam.

Anamnese omtrent dit praeparaat ontbreekt ten eenenmale.

Gelijk uit figuur 4 duidelijk wordt, zijn de tuberositeiten op de

binnenvlakte van het ei hier vrij sterk ontwikkeld en is het chorio-amnion op sommige plaatsen sterk geplooid.

De decidua vera is nekrotisch. Door een van de grootste tubera, links onder, is eene snede gemaakt, waardoor, ofschoon niet zeer duidelijk, toch eenigszins de gelijkmatig gekleurde inhoud van deze tuberositeit te zien is.

Vrucht of navelstreng waren hier niet te vinden.

Het mikroskopisch onderzoek van dit ei leverde geen resultaat op, daar het ei te lang in alcohol bewaard geweest was, om nog kleurstoffen op te nemen.

5.

Een praeparaat, van buiten de stad verkregen, vertoont de tubera van het chorio-amnion uiterst fraai zooals uit figuur 5 blijkt.

Hier was de decidua bijna geheel behouden, maar sterk met bloed geïnfiltreerd. Het chorio-amnion was bijna overal strak over de uitpuilende tumoren gespannen, wat reeds de gedachte aan sterke bloedvulling doet ontstaan.

Mikroskopisch beantwoordde het onderzoek aan dit postulaat. Er bestond hier zulk een sterke vulling van de intervilleuze ruimten, dat in de praeparaten slechts uiterst weinige vlokken te zien waren. En die er nog in werden aangetroffen, waren dun en uitgerekt door de uitzetting der intervilleuze ruimten. Het chorio-amnion had onder den hoogen bloeddruk blijkbaar ook geleden en was op sommige plaatsen zeer dun.

6.

Wij willen deze groep van praeparaten besluiten met de beschrijving van een zeer eigenaardig geval.

Het betreft een praeparaat aan Prof. Treub afgestaan door Prof. Bolk.

De anamnese is ook hier niet zeer groot.

De vrouw is 40 jaar, het aantal voldragen kinderen, welke zij ter wereld bracht 8, miskramen 2, de eerste van 3 maanden voor 9 jaar. Dit was de vierde graviditeit.

In September 1897 baarde zij gemelli van ongelijk geslacht.

Menstruatie altijd regelmatig geweest, maar 5 à 6 dagen durende.

Het praeparaat waarvan hier twee afbeeldingen zijn opgenomen (fig. 6 en fig. 7) is een drielingsei, hetwelk is samengesteld uit een eiholte met zelfstandig chorion en amnion, en twee eiholten met gemeenschappelijk chorion, waaruit dus volgt dat men hier met een één-

eiïge tweeling te doen heeft, waarnaast zich nog een andereiïge vrucht bevindt.

Een gedeelte der decidua vera was nog aan het ei vastgehecht, maar in nekrotischen toestand.

Chorion en amnion waren goed geconserveerd en sloten de eiholten aan de van de placenta afgekeerde zijde. De drie eieren hadden een gemeenschappelijke placenta; tenminste het gelukte niet verschillende placentae aan te toonen. De tuberositeiten op den wand van de eiholten vulden deze holten nagenoeg geheel op.

Het chorio-amnion lag over deze tubera vrij los uitgespannen, zoodat het niet moeielijk viel met een pincet plooitjes van het chorio-amnion boven de tuberositeiten te vormen.

Een zeer duidelijk beeld van deze verhouding tusschen de vliezen en de daaronder liggende bloedcoagula geeft figuur 7, waar men tusschen de vliezen en het coagulum, op doorsnede nog eenige ruimte kan waarnemen.

In deze figuur is tevens fraai waar te nemen de verschillen in ouderdom der bloedophoopingen, kenbaar door hun verschil in kleur.

Vruchten werden in geen der drie eiholten aangetroffen.

Is het makroskopisch beeld van dit praeparaat reeds belangwekkend te noemen, niet minder is dit het geval met den uitslag van het mikroskopisch onderzoek.

De decidua was grootendeels nekrotisch en beantwoordde verder aan het vroeger reeds beschreven beeld van de decidua der andere praeparaten. De intervilleuze ruimten bleken ook weer overvuld met bloed van vroeger en later stadium. De villi vertoonden geen vaten, en kwamen ook in andere opzichten overeen met die, welke vroeger reeds beschreven zijn.

Het syncytium toonde hier ook duidelijk knopvorming en woekeringen.

Maar wat bovenal dit praeparaat kenmerkte, was de duidelijkheid, waarmede de cellen van Langhans zich vertoonden. Niet alleen waren zij in de meeste vlokken op hunne normale plaats tusschen syncytium en stroma aanwezig, maar herhaaldelijk treft men woekeringen aan van de cellen van Langhans.

Met opzet zijn, vooral in de mikroskopische beschrijving van deze praeparaten, eenige détails weggelaten, omdat het wenschelijk leek deze eerst ter gelegener plaatse te releveeren. Wij zullen daarbij dan verwijzen naar de praeparaten waaraan onze bevindingen ontleend zijn en wij zullen dan tevens de daarbij behoorende afbeeldingen inlasschen.

Nadat dit artikel geschreven was, is het aantal dergelijke praeparaten in de verzameling der Amsterdamsche vrouwenkliniek, waaruit ook deze afkomstig zijn, nog met eenige vermeerderd. In hoofdzaak komen zij met de beschrevene overeen.

II.

Resumeerende hetgeen men in de praeparaten vindt, krijgt men het volgende:

A. *Makroskopisch.*

Alle praeparaten komen hierin overeen dat zij op de binnenvlakte van het ei tuberositeiten bezitten, die echter niet altijd even duidelijk zijn ontwikkeld, en die aan hun oppervlak kuiltjes en insnoeringen vertoonen, wier aanwezigheid men reeds op het eerste gezicht geneigd is te verklaren door tractie, uitgeoefend op sommige plekken aan de binnenzijde van den wand van den tumor.

Deze tuberositeiten vertoonen in onze praeparaten altijd het beeld van halfcirkelvormige uitpuilingen, en nooit dat van gesteelde zakken, wat juist Breus als karakteristiek voor zijn haematoommola aangeeft. Evenwel komt, zooals wij straks zien zullen, Breus' beschrijving overigens zoo geheel overeen met de onze, dat wij geen oogenblik aarzelen, onze eieren ook als specimina van hetzelfde aan te zien.

In grootte vertoonen de praeparaten relatief geringe verschillen onder elkander, zooals uit de reproducties reeds valt op te maken. Geen van allen variëeren zij veel van de „vuistgrootte", die in de litteratuur over dit onderwerp herhaaldelijk wordt genoemd, en ook als criterium voor de haematoommola wordt aangevoerd.

Geheel even groot zijn zij echter niet. En beschouwt men hun grootte in verband met den duur der zwangerschap, dan komt men tot de merkwaardige conclusie, dat *de afmetingen van het ei ofschoon voor den duur der zwangerschap altijd veel te klein, grooter zijn al naar mate het langer in den uterus aanwezig geweest is.* Straks komen wij hierop nog nader terug.

Slechts in één geval trof men ook een embryo aan in de eiholte, wat het vermoeden wettigt, dat deze althans in sommige der andere gevallen door de voorafgaande manipulaties verloren zijn gegaan.

Dit embryo is in vergelijking met het omhulsel, waarin het zich bevindt, abnorm klein.

Uit de kleurverschillen der praeparaten onderling kan geen conclusie worden getrokken, daar de praeparaten op verschillende tijdstippen zijn geconserveerd, de conservatiemethode niet altijd

dezelfde is geweest en de conservatievloeistof ook verschillend was.

Volledigheidshalve zij hier eindelijk nog gezegd, dat het chorioamnion altijd wat gerimpeld en geplooid was, ofschoon in verschillend sterken graad. Vooral bij de alcohol praeparaten kwam die rimpeling en plooiing sterk uit.

Prof. Treub heeft er meermalen attent op gemaakt, dat aan een dergelijk versch ei de rimpeling kan ontbreken, om later, nadat het praeparaat eenigen tijd in alcohol gelegen had zeer fraai voor den dag te komen. Wij houden deze rimpeling dan ook zeker voor een groot deel, zoo niet geheel afhankelijk van de conserveeringsvloeistof en niet voor een karakteristicum van de aandoening.

Na hiermede de makroskopische eigenaardigheden voldoende te hebben besproken, blijft over te behandelen het:

B. *Mikroskopische* beeld.

De praeparaten hierbij van buiten naar binnen de revue latende passeeren, blijken de deciduacellen op vele plaatsen (niet overal) door uitgebreide bloedextravasaten uit elkaar gedrukt, terwijl de zich daar bevindende bloedvaten ectatisch verwijd en met bloed gevuld zijn (fig. 8).

Vrij veel verschil geven de placentairvlokken te zien. Soms zijn zij in vrij normalen toestand aanwezig. Soms treft ons de nekrose van de meeste vlokken. In weer andere gevallen waren bijna geen vlokken te vinden, verdrongen en uitgerekt als zij waren door de oversterke vulling met bloed van de intervilleuze ruimten. In geen der praeparaten waren echter vaten in de vlokken te vinden of met eenige zekerheid overblijfsels van bloedvaten aan te toonen.

In hoeverre dit laatste feit van gewicht is, zal later behandeld worden.

Het syncytium der vlokken was niet alleen bijna altijd goed geconserveerd (uitgenomen natuurlijk in de sterk nekrotische gedeelten), maar vertoonde bovendien, zooals reeds beschreven, op vele plaatsen knopvorming en woekering (fig. 9).

De laag cellen van Langhans was in enkele praeparaten niet aanwezig; meestal waren hier en daar nog van deze cellen te vinden en in enkele gevallen duidelijk in onafgebroken rij of zelfs in woekerende klompen voorhanden (fig. 10).

Het stroma der vlokken was meestal fibrillair bindweefsel maar gaf soms ook duidelijk slijmweefsel te zien, dat meestal den indruk maakte wat oedemateus te zijn (fig. 9). Omtrent de stromakernen valt slechts op te merken, dat zij meestal onregelmatig verspreid lagen in het stroma.

In geen enkel praeparaat is het gelukt een regelmatige verdichting

van stromakernen aan te treffen, hetzij in het centrum, hetzij aan de peripherie van de vlokken.

De intervilleuze ruimten waren bijna overal sterk met bloed gevuld, zóó sterk, dat de vlokken daaronder hadden geleden in vorm en voedingstoestand.

Het chorio-amnion was meestal goed geconserveerd en, wat makroskopisch reeds bleek, sterk gerimpeld en geplooid. De ontwikkeling van de vliezen was niet altijd even sterk.

Ter plaatse waar de intervilleuze ruimten het chorio-amnion bereikten, was dit naar het eilumen toe uitgeweken en dit bleek in zeer sterke mate het geval te zijn op die plekken waar wij reeds makroskopisch tuberositeiten opmerken.

En waar wij makroskopisch de beschreven kuiltjes en insnoeringen vonden, bleken bij mikroskopisch onderzoek stamvlokken van het chorion te ontspringen.

Het komt ons gewenscht voor ter wille van een goed overzicht, in aansluiting aan dit résumé hier de punten van verschil en overeenkomst te bespreken van dit onderzoek met dat van de vroegere schrijvers.

De eerste, die meer uitvoerig over dit onderwerp geschreven heeft was Breus [1]). Zijn beschrijvingen komen met de onze geheel overeen, behalve, zooals wij reeds noteerden wat betreft de gesteelde tuberositeiten. Deze zagen wij niet, en acht Breus in werkelijke haematoom-molae constant aanwezig. Toen Neumann [2]) dan ook later met eieren als de onze aankwam, waar men de gesteelde haematomen miste, is hem door Breus geantwoord, dat zijn (Neumann's) eieren geen werkelijke haematoom-molae zijn. Wij willen dit onderscheid niet maken, en achten het gesteeld zijn der haematomen een toevallige bij-omstandigheid, die ontstaan zal, zoodra een paar stamvlokken, die niet verplaatst kunnen worden, en waar tusschen door het bloed het haematoom in moet stroomen, dicht bij elkaar liggen.

Een praeparaat door Gottschalk [3]) beschreven, stemt eveneens met het onze overeen.

Aan het ei, dat 6 cM. lang, 4 cM. breed en $2^1/_2$ cM. dik was, zat nog een stuk decidua.

De binnenoppervlakte van het ei puilde op vele plaatsen tumorachtig naar het lumen uit. Deze tumoren waren van erwt- tot

[1]) Das tuberöse subchoriale Haematom der Decidua, Wien u. Leipzig, 1892.

[2]) Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. 1897, S. 108 u. 623.

[3]) Gottschalk. Zur Lehre von den Haematommolen. Archiv. für Gynacologie. Berlin 1899.

boongrootte, van verschillenden vorm, sommige gesteeld. Het chorio-amnion er boven staat klaarblijkelijk onder hoogen druk van binnen en is glad en glanzend.

In de eiholte bevond zich een klein doorschijnend blaasje (waarschijnlijk de dooierblaas) waaraan een sterk gekromd, 3 mM. lang embryo.

Navelstreng was niet waar te nemen.

Ook de anamneses der praeparaten van de vroegere onderzoekers en, voor zoover zij bekend zijn, die der onze vertoonen geen belangrijke verschillen.

In het geval door Gottschalk beschreven, trad circa drie maanden na de laatste menstruatie eene bloeding op, die zeven weken aanhield, toen een eind nam om na vier weken te recidiveeren gedurende acht dagen, en daarna van tijd tot tijd plaats had tot 4 maanden na de eerste bloeding het ei werd uitgestooten.

De gevallen van Breus waren in korte trekken als volgt:

1. Abortus trad op na elf maanden graviditeit zonder voorafgaande bloedingen.
2. Abortus in de achtste maand der graviditeit zonder voorafgaande bloedingen.
3. Abortus in de vijfde maand.
4. Abortus in de zesde maand.
5. Abortus aan het normale einde der graviditeit.

Alleen in de eerste gevallen wordt door Breus opgegeven dat de abortus werd voorafgegaan door bloeding, en ook dat de uterus de grootte had van een uterus gravidus aan het einde der derde maand, maar harder van consistentie was.

In het 1e geval van Breus en uit de anamnese van Gottschalk blijkt dat twee patiënten nulliparae waren. In hoeverre dit met de overige patiënten het geval was, is niet meegedeeld.

Breus vond mikroskopisch decidua en chorion goed geconserveerd. Het amnion bestond uit fibrillair bindweefsel bedekt door epithelium met groote kernen, en het droeg aan zijne oppervlakte vele carunculae. Het amnionweefsel ging zonder grens in het chorionweefsel over, dat iets celrijker was, maar evenals het amnionweefsel volkomen vaatloos. Het geheele weefselstratum tusschen het epitheel van amnion en chorion bevatte vooral in het choriale gedeelte talrijke spoelvormige en vertakte, gedeeltelijk pigmenthoudende cellen.

Ook in de vlokken was geen spoor van vascularisatie te vinden. Het chorionepitheel was overal, ook als mantelweefsel der vlokken,

uitgezonderd in de buitenste lagen der placenta, goed geconserveerd.

De decidua was vaatrijk, op vele plaatsen spoelcellen bezittend of geïnfiltreerd met leukocyten.

De dikte der villi werd dieper in de placenta minder, en hier en daar vertoonden de vlokken myxomateuze degeneratie.

In de intervilleuze ruimten was slechts op weinige plaatsen bloed aanwezig, maar meestal waren zij gevuld met fibrillair, spoelcellen bevattend weefsel, dat ook vascularisatie vertoonde, òf met eene homogene, gestreepte zelfstandigheid, die colloïdmassa's en verscheiden goed geconserveerde deciduacellen bevatte.

Gottschalk, die een zeer uitgebreide mikroskopische beschrijving geeft van zijn praeparaat, deelt ons daaromtrent mede, dat de decidua serotina in vrij goeden staat verkeert en naar buiten door eene onregelmatige smalle zoom van met bloed geïnfiltreerd, nekrotisch weefsel is omgeven. Deze nekrose heeft blijkbaar de demarkatie en eindelijk ook de losmaking van het ei veroorzaakt. Placentairwaarts van deze demarkatiezône ziet men typisch hoe de toevoerende basale deciduavaten voordurend wijder worden, eindelijk hun eigen wand verliezen, den sinusvorm aannemen en vrij tusschen de vlokken uitmonden. Pathologische verandering van den vaatwand, die op eene abnorme verscheurbaarheid zou kunnen wijzen, was niet aan te toonen. Ook aan de decidua ontbraken de zekere symptomen van ontsteking.

De placenta foetalis bevatte betrekkelijk weinige vlokken, *door wijde, sterk met bloed gevulde intervilleuze ruimten van elkaar gescheiden*. Sterk ontwikkelde fibrinenetten doorweven het bloed in de intervilleuze ruimten, dat disloceerend werkt op placenta materna en foetalis en de villi welke het insluit sterk comprimeert. Ten teeken hiervan vindt men aan de kleinere vlokken hier en daar centrale weefselverdichtingen, die bij zwakke vergrooting aan geöblitereerde vaten zouden kunnen doen denken. Bij sterke vergrooting vindt men echter nergens sporen van bloedvaten, noch in de vlokken noch in het chorion. Dat die centrale weefselverdichtingen alleen worden aangetroffen bij vlokken die omgeven zijn door groote bloedextravasaten, dient tot bewijs, dat zij zuiver mechanisch door den druk van buiten zijn ontstaan. Zij ontbreken dan ook aan de grootere, meer resistente vlokken geheel en al.

Het epithelium der vlokken is éénlagig, syncytiaal en hier en hier en daar nog knopvormend. *De laag van cellen van* Langhaus *ontbreekt ten eenenmale*. Het stroma der *vlokken is altijd fibrillair*. Het amnion en chorion niet overal even scherp van elkaar afgescheiden, zijn goed levend en sterk geplooid. Uit den vorm der

plooien ziet men dat zij door druk zijn ontstaan. Door deze plooivorming wordt het amnio-chorion hier en daar van de vlokken, die er onder liggen, opgeheven, waardoor ruimten ontstaan. Waar de stamvlokken zijn geïnsereerd kan natuurlijk die opheffing niet tot stand komen, wat niet het geval zou zijn als die plooiing door papillairen groei was veroorzaakt.

De protuberantia zijn haematomata, welke in die divertikels van het chorioamnion zijn gelegen en zich in de intervilleuze ruimten voortzetten. *Het chorio-amnion boven deze haematomen vertoont duidelijk de sporen van overrekking.* De protuberantia zelve zijn paddestoelvormig, of dun en kort gesteeld.

De decidua reflexa is slechts hier en daar duidelijk, meestal nekrobiotisch; tusschen de onduidelijk zichtbare cellen vindt men oudere en jongere bloedextravasaten, die in de richting van het chorion grooter worden. Hierdoor worden chorion en decidua uiteen gedrongen en de eiwand verdikt.

Hiermede vergelijkende den uitslag van ons onderzoek, treft in de eerste plaats dat Breus reeds vermeldt dat de decidua vaatrijk is, terwijl Gottschalk de decidua serotina beschrijvend, aldaar de door hem typisch genoemde verhouding der aanvoerende vaten schildert.

In alle praeparaten welke wij onderzochten vonden wij de decidua uiterst vaatrijk, voor zoover althans de nekrose van het weefsel het beeld niet onduidelijk maakte. Het meerendeel dier bloedvaten waren sterk met bloed gevulde capillaire, daarnaast werden echter ook enkele vaten gevonden, welke minder bloed bevatten en soms zelfs nagenoeg geen inhoud vertoonden en die allen den indruk maakten zoowel in lumen als in inhoud te hebben geleden door den druk der omliggende sterk gevulde vaten.

Naast deze bloedvaten kwamen gewoonlijk zeer uitgebreide bloeduitstortingen voor, in het deciduaweefsel, waarvan bijna altijd kon nagegaan worden dat zij in direct verband stonden met de sterk gevulde vaten.

Kortom, het schijnt alleszins gewettigd, uit dit complex van verschijnselen het besluit te trekken dat wij hier voor ons hebben, het uitgesproken beeld van deciduale stuwing, en deze stuwing is hier zoo sterk, dat men, waar ook Gottschalk op wees, zelfs enkele arteries buitengewoon uitgezet aantreft. En dit is begrijpelijk; immers terwijl het aan den eenen kant duidelijk is, dat de arteriëele bloedvaten, door de veneuze stuwing zullen kunnen worden dichtgedrukt, is het aan den anderen kant even duidelijk dat het einde dier vaten, m. a. w. hun uitmondingen in de intervilleuze ruim-

ten kunnen zijn opgevuld en uitgezet door het opgestuwde bloed.

Evenmin als Breus en Gottschalk hebben wij in de vlokken of in het chorion bloedvaten kunnen aantoonen, niettegenstaande wij alle praeparaten op verschillende plaatsen hebben onderzocht en van de meeste stukken zoowel radiale als tangentiale coupes hebben vervaardigd.

Breus deelde in zijn histologische beschrijving mede, dat het bedekkend epitheel der vlokken overal in goeden staat verkeerde, uitgenomen diep in de placenta. En Gottschalk beschrijft hoe de syncytiale elementen van de vlokken hier en daar knopvorming vertoonden.

Men vindt die knopvorming ook in onze praeparaten aanwezig. Maar wat mij in eenige praeparaten trof, is het feit dat de knopvormingen hier en daar meer en meer het karakter gingen vertoonen van syncytiale woekeringen, welke zich met voorliefde in de oude fibrinemassa's, welke de intervilleuse ruimten opvulden, schenen in te dringen.

Het voorkomen van cellen van Langhans, door Bréus in zijne beschrijving niet vermeld, wordt door Gottschalk ten sterkste ontkend.

Op grond van mijn onderzoek ben ik tot een tegenovergesteld resultaat gekomen. Ik vond in alle praeparaten cellen van Langhans, in sommige sporadisch, in andere meer in een regelmatige rij onder het syncytium, in één praeparaat zelfs in den vorm van celwoekering gelijk ik reeds terloops heb medegedeeld. De cellen van Langhans hadden hier de syncytiumlaag doorbroken en woekerden in de intervilleuze ruimte verder. Ik haal dit laatste feit in het bijzonder aan, omdat het mij daardoor gemakkelijk viel om vast te stellen dat ik hier inderdaad met cellen van Langhans te doen had, welke mij hier zoo ongezocht hun bakermat te zien gaven.

Over het vlokstroma vindt men bij Breus geen bijzonderheden aangehaald.

Gottschalk vond in de kleinere vlokken eene weefselverdichting in het centrum, die hij verklaarde door den druk van het bloed op de peripherie van den vlok.

Ofschoon nu allerminst ontkennende dat die intervilleuze druk zeer groot zou kunnen worden, komt het mij a priori toch uiterst onwaarschijnlijk voor dat een gelijkmatige druk op de peripherie, eene weefselverdichting in het centrum zou kunnen te weeg brengen.

Het levend weefsel in het algemeen, dus ook het vlokstroma kenmerkt zich door een zekere mate van veerkrachtigheid en zal

zich dus verzetten tegen druk, m. a. w. tegendruk oefenen op den drukkenden factor, in casu het bloed. Zeer natuurlijk is echter die veerkracht van het levend weefsel ook de reden dat de drukeffecten in het stroma van buiten naar binnen gaandeweg zullen afnemen. Immers de buitenste stromalaag ontvangt het eerst dien druk, wordt dus ineengedrukt, maar ontvouwt daarbij tegelijk hare beschuttende bufferwerking, zoodat slechts een deel van den druk op de tweede laag van het stroma overgaat en de rest in spanning van de buitenlaag wordt omgezet.

Uit een en ander volgt dus direct, dat, indien tengevolge van uitwendigen druk op de vlokken, eene weefselverdichting ontstaan zal, deze zeker niet moet worden gezocht in het centrum, maar in de eerste plaats aan de peripherie.

Ik zou het eigenlijk overbodig hebben geacht in eene zoo eenvoudige verklaring als deze te treden, ware het niet dat Gottschalk de centrale weefselverdichting langs mechanischen weg willende bewijzen, haar eene „physikalische Nothwendigkeit" had genoemd.

Het feit zelf is overigens voor mij zonder belang, want bijna nergens viel mij bij mijn onderzoek zulk eene weefselverdichting van het stroma op.

Heeft dus Gottschalk inderdaad in zijn praeparaat vele van dergelijke verdichtingen kunnen constateeren, dan blijft er wel niets ander ter verklaring over, dan aan te nemen, dat men hier met resten van bloedvaten moet te doen hebben.

Ik herhaal echter, dat in mijne praeparaten van deze eigenaardigheid in de stroma-structuur met zekerheid niets kon worden gevonden.

Een feit, dat wel tot bewijs dient voor de grootte van den druk in de intervilleuze ruimten, is de uitgerekte vorm van vele vlokken. Vooral zichtbaar in die praeparaten, waarin de bloedsophooping sterk op den voorgrond trad, vertoonden zich de enkele vlokken, hoofdzakelijk stamvlokken, welke men aantrof, als zeer dunne weefselstrooken te midden van de groote met bloed overvulde intervilleuze ruimten.

Als van zelf kom ik hier tot de bespreking van die ruimten.

Breus vond slechts zelden in de intervilleuzo ruimten bloed, maar meestal waren zij gevuld met fibrillair, spoelvormige cellen bevattend weefsel, of door eene homogene of gestreepte, hier en daar gespleten zelfstandigheid, welke colloïdmassa's en verscheiden goed bewaarde deciduacellen insloot.

Het praeparaat van Gottschalk kenmerkte zich daarentegen

door „die Stärke der intervillösen Blutanschoppung". Ik vond in mijne praeparaten beide toestanden, d. w. z. òf overvulling der intervilleuze ruimten met bloed, of fibrine- en weefselvorming. De verhouding variëerde daarbij nog al.

De verklaring welke Breus gaf van de intervilleuze massa, heeft echter eenige uitbreiding noodig.

„Ob es sich hier um organisirte Thromben in den intervillösen Räumen handle, oder um eine Ausfüllung derselben mit metamorphosirtem Deciduagewebe, vielleicht auch um beides, diese Frage möchte ich vorläufig unentschieden lassen."

In aansluiting hieraan wil ik trachten vast te stellen waaruit die inhoud der intervilleuze ruimten bestaat.

Waar die inhoud uit bloedlichaampjes bestaat valt natuurlijk weinig te verklaren. Alleen viel het mij op dat Breus slechts zelden goed geconserveerde chromocyten in de intervilleuze ruimten heeft gevonden, terwijl ik in aansluiting met de resultaten van onderzoek welke Gottschalk verkreeg duidelijk zichtbare roode bloedlichaampjes zeer vaak aantrof in groote quantiteiten en uitbreiding.

En wat nu de inhoud van de overige intervilleuze ruimten betreft, komt het mij voor dat deze uit zeer heterogene bestanddeelen is opgebouwd.

In de eerste plaats levert de fibrine hierbij een groot contingent aan vullingsmateriaal.

Dikwijls maakten, bij kleine vergrooting gezien, de fibrinelagen den indruk van fibrillair weefsel, maar sterker vergrooting was steeds voldoende om de onjuistheid van dien indruk in het licht te stellen. Toch trof ik inderdaad bij herhaling cellen aan in die intervilleuze ruimten. Zij waren van geheel verschillenden aard. In enkele gevallen waren het cellen van Langhans zooals reeds in een door mij beschreven geval duidelijk is aangetoond. Elders weer vond ik woekeringen van syncytiale elementen, of wel bindweefselcellen inderdaad maar wier afkomst uit deciduacellen, welke ik ook aantrof, mij altijd gelukte vast te stellen. Ik vond hen namelijk altijd in verband met de decidua zelve, en uit figuur 8, welke ik ter demonstratie van de stuwing in de decidua heb toegevoegd, blijkt tevens ten duidelijkste, dat dergelijke uiteengedrongen strengen van min of meer bindweefselachtig uitziende deciduacellen, als zij zich uitstrekken in eene intervilleuze ruimte, zeer licht den indruk kunnen geven van een organisatie van het daar opgehoopte bloedmateriaal.

Dat ik in de met fibrine gevulde intervilleuse ruimten op sommige plekken, niet al te zeer verwijderd van het nog goed gecon-

serveerde bloed, syncytiale woekeringen aantrof, baarde mij geen verwondering. Vaak had ik gelegenheid om waar te nemen dat overal waar de intervilleuse circulatie te wenschen overliet, het syncytium door uitgroeiing en knopvorming, zoolang mogelijk de vlok, wier bekleedsel het vormde, tegen ondergang trachtte te beschermen [1]).

Van der Hoeven zegt in zijn in de noot genoemd artikel ook, dat bij het afnemen van de vitaliteit van het syncytium, de syncytiale laag om het stroma breeder wordt, overgaat in eene homogene roode massa, en zijn kernen gaat verliezen. Het eindproduct van deze degeneratie is dan een groote homogene of gestreepte massa zonder kernen, terwijl het stroma van de vlok hyaline degenereert en hoe langer hoe minder zelfstandig te onderscheiden wordt van het gedegenereerde syncytium.

Ik behoef nu slechts de woorden van Breus te herhalen waar hij zegt in de intervilleuse ruimten te vinden „homogene, streifige, hie und da sparrige Substanz welche Colloidschollen enthielt", om duidelijk te doen uitkomen, dat hierin slechts het degeneratieproduct van syncytium en vlokstroma is te zien.

Op grond van een en ander is het dus onwaarschijnlijk dat deze intervilleuse massa een decidualen oorsprong zou hebben, gelijk Breus in navolging van Hofmeier [2]) en Steffeck wil.

Mij rest nu nog het chorio-amnion te bespreken der door mij onderzochte praeparaten; en hier stuit ik nu weer op eenig verschil met de vroegere onderzoekers.

In verreweg de meeste gevallen was het mij gemakkelijk om vast te stellen, dat er wel is waar veel overeenkomst bestond tusschen het weefsel van het chorion en dat van het amnion. In beide vliezen bestond het namelijk uit fibrillair weefsel dat aan de van elkander afgekeerde buitenzijden bedekt was met een in alle gevallen zeer goed bewaard gebleven epitheellaag.

Maar slechts tot zooverre stemden de feiten die ik vond bij mijn mikroskopisch onderzoek, overeen met die van de vroegere onderzoekers.

Breus vond dat het chorion in het amnionweefsel overging zonder afscheiding, maar dat het bindweefsel dat tot het chorion scheen te behooren celrijker was.

Zeer waarschijnlijk bedoelde Breus met dezen grooteren celrijkdom, de grootere ontwikkeling, d. i. dikte van de membrana chorii.

---

[1]) van der Hoeven. Iets over mola hydatidosa en het deciduoma malignum. Tijdschr. v. Geneesk. 1900.

[2]) Hofmeier. Die menschliche Placenta.

En ook hierin moet ik Breus op grond van mijn onderzoek gelijk geven. In mijne praeparaten was de membrana chorii meestal ook zeer goed ontwikkeld soms zelfs meer, dan overeen te brengen was met de norm.

Gottschalk vond ongeveer hetzelfde met betrekking tot het ontbreken van een duidelijken grens tusschen chorion en amnion, en ook bij zijn praeparaat waren beide membranen goed geconserveerd en daarenboven zeer sterk geplooid: zoo sterk als hij in zijn veeljarig placentair-onderzoek nimmer had aangetroffen en waardoor een zeer sterke incongruentie tot stand was gekomen tusschen het oppervlak van de membrana chorii eenerzijds en de decidua basalis ter andere zijde, ten gunste van de eerste.

Geen der beide onderzoekers vond dus een scherpe grens tusschen chorion en amnion. Bij al mijne praeparaten nu was zeer duidelijk te zien waar het chorionweefsel overging in het amnionstroma. De grens werd gevormd door een spleet tusschen het overigens vrij gelijkvormige weefsel. Zooals ik reeds vroeger beschreef was die spleet vaak opgevuld door sterk hydropisch weefsel.

Het bindweefsel zelf was meestal vrij sterk ontwikkeld, minder in het amnion waar het meestal niet veel meer dan éénlagig was, maar vooral in het chorion dat een grooten rijkdom vertoonde aan bindweefselcellen maar uitsluitend in volkomen volwassen toestand.

Nergens vond ik in de membrana chorii jonge bindweefselcellen of in het algemeen teekenen welke zouden kunnen hebben duiden op een nog plaats vindenden groei van de membrana chorii, wel op enkele plaatsen daarentegen een begin van degeneratie, kenbaar aan een minder gemakkelijke tinctie van de bindweefelkernen en een begin van uiteenvallen van de bindweefselfibrillen.

Verder vond ik ook in eenige mijner praeparaten de overmatig sterke plooiing terug, welke Gottschalk opgemerkt heeft bij het onderzoek van zijn praeparaat. In andere, en wel de meeste gevallen, was wel is waar plooiing van de membrana chorii, en van het amnion, waar te nemen maar meestal meer van makroskopischen, dan van mikroskopischen aard.

Deze minder sterke plooiing van het chorio-amnion nam ik waar in alle gevallen, waar de intervilleuse bloedophooping grootere afmetingen had aangenomen. Was deze bloedophooping minder sterk, dan was het chorio-amnion sterker geplooid en soms, zooals mij in overeenstemming met Gottschalk bleek, zeker sterker dan normaal het geval pleegt te zijn.

Op deze eigenaardigheden van het chorio-amnion hoop ik ter gelegener plaatste terug te komen.

III.

Aan het histologisch onderzoek wensch ik in dit hoofdstuk eene opmerking toe te voegen over de embryonen die in de verschillende praeparaten aanwezig waren.

Gelijk ik reeds vermeldde, kwam onder mijne praeparaten slechts één exemplaar voor, waarbij een foetus viel waar te nemen, zoodat uit den aard der zaak mijn onderzoek in die richting niet zoo uitgebreid kan zijn als wel wenschelijk is met het oog op de belangrijke embryologische vragen, welke naar aanleiding van dit onderzoek zouden kunnen worden gesteld. En te meer nog is dit het geval, omdat juist het eenige praeparaat waarover ik beschikte door zijn degeneratie mijn onderzoek zeer bemoeilijkte.

Breus maakte reeds opmerkzaam op het in het oog vallend contrast tusschen de grootte van het ei en den duur der graviditeit aan de eene zijde, en de geringe ontwikkeling van den foetus aan de andere.

Geen van de 5 embryonen welke hij beschreef, had een lengte van 2 c.M. Zij variëerden tusschen 7½ en 17 millimeter.

De trap van ontwikkeling was ook niet evenredig met de lengte van den foetus.

Zij representeerden derhalve atrophische vormen, waarbij de foetus in gestalte vrij goed geconserveerd is, maar vervormd en in grootte staande beneden die, welke met de choriondoorsnede overeenkomt.

Dat deze embryonen, zegt Breus verder, zeker in de tweede maand zijn gestorven, kan niet zoo maar worden aangenomen, want het is zeer goed denkbaar dat onder de abnormale omstandigheden, welke ten slotte den dood van de vrucht tengevolge hadden, de vrucht zich reeds minder snel dan gewoonlijk heeft ontwikkeld en dus ouder is dan men bij het eerste gezicht zou meenen, dat het geval was.

Het voornaamste contrast is echter gezeteld in den langen duur der graviditeit en de geringe grootte der vrucht en al is de dood van de vrucht dan ook wellicht enkele weken later opgetreden, dan men geneigd zou zijn uit hare grootte te besluiten, het is toch zeer onwaarschijnlijk dat de vrucht maanden langer zou hebben geleefd, dan met de grootte van het embryo overeenkomt, zegt Breus.

Met de conclusie dat de geringe hoeveelheid vruchtwater die hij constant in zijn praeparaten vond, als zijnde een ongunstig moment voor de maceratie van de vrucht, wellicht de oorzaak is van den goeden toestand waarin de reeds langgeleden gestorven embryonen zich bevonden, besluit Breus zijn embryonaal onderzoek.

In een geval dat Walther[1]) beschreef en dat zich overigens volkomen aansloot bij de kort te voren verschenen monographie van Breus, *ontbraken foetus en navelstreng ten eenenmale.*

Delbanco[2]) beschrijft eveneens een praeparaat, waarin ook foetus en navelstreng ontbraken. Het ei zelf had hier slechts een diameter van zes centimeter. In zijne verklaring stemt hij in hoofdzaak met Breus overeen.

J. Neumann geeft ons tien gevallen, die volgens dezen onderzoeker ook subchoriale haematomata zijn waarvan een gedeelte slechts in bezit van een embryo zijn. Ik laat die hier volgen ter verkrijging van een goed overzicht:

1. Tweelingsei; eeneiïge tweelingen van 10$^1/_2$ en 10 centimeter lichaamslengte; niet gedegenereerd.
2. Ei van 15 bij 12 cM.; embryo van 8 centimeter gedegenereerd.
3. Ei zonder vliezen en embryo, wèl navelstreng van 10 centimeter lengte.
4. Ei 10 centimeter diameter; ééneiïge tweeling, elk 43 millimeter lang, gedegenereerd.
5. Ei kindervuist groot zonder eivliezen en embryo; stuk navelstreng van 2 centimeter aanwezig.
6. Ei sinaasappelgroot, embryo 25 millimeter.
7. Ei kippeneigroot, eivliezen en embryo ontbreken, klein stukje navelstreng aanwezig.
8. Placenta 10 bij 8 centimeter; vrucht 17 centimeter lang, goed geconserveerd.
9. Tweelingsei. Hydramnios; vruchten 23 en 17 centimeter lang.
10. Vrucht van 38 centimeter, gemacereerd bijna 8 maanden na de laatste menstruatie geboren.

Dat op deze reeks gevallen waarbij het criterium van Breus c. s., de sterke wanverhouding tusschen foetus en ei, ontbreekt, vele aanvallen zouden worden gedaan, spreekt van zelf.

Ik kan hier volstaan met uit deze reeks aan te toonen dat ook hier de embryo in eenige gevallen ontbrak. In het geval van Gottschalk was daarentegen een embryo aanwezig, 3 millimeter lang, sterk gekromd op een blaasje, de dooierblaas, vastgehecht, maar zonder dat een navelstreng viel waar te nemen.

Tot zooverre de makroskopische beschrijving.

Mikroskopische wetenswaardigheden heeft geen der onderzoekers ons geschonken.

---

[1]) H. Walther. Ein Fall von tuberösem subchorialem Hämatom der Decidua. Centralbl. f. Gynaec. 1892, pag. 707.

[2]) Delbanco. Ein Fall von tuberösem subchorialem Hämatom der Decidua. Münchener med. Wochenschr. N⁰. 13, 1898 pag. 389.

De foetus, door mij onderzocht, was zeer atrophisch en gedegenereerd, met behoud van den uitwendigen vorm.

Mijne bedoeling met dit mikroskopische onderzoek was tweeërlei na te gaan.

Ten eerste in hoeverre mikrocardie, gelijk Gottschalk meent, wel de oorzaak van den dood van den foetus zou kunnen zijn.

En ten tweede of er in den ontwikkelingstoestand van het foetale vaatstelsel, ook aanduidingen te vinden waren, die voor eene onvoldoende hartswerking konden pleiten.

Laat mij, om de verwachting niet al te zeer te spannen, hier terstond zeggen, dat mijn onderzoek niet dien uitslag had, welke van een beter geconserveerden foetus die niet zoo lang in alcohol gelegen heeft nog te wachten zal zijn.

Intusschen is het toch gelukt, ongeveer de trap van ontwikkeling van het hart na te gaan.

De lengte van den foetus bedroeg van kruin tot stuit bijna 16 millimeter.

De diameters van de hartventrikels vond ik respective 1 en $1^1/_2$ millimeter.

Dezelfde verhouding nu tusschen de grootte van het hart en de lengte van den foetus vond ik weer in de embryologische teekéningen van vruchten van ongeveer deze grootte [1]).

De vaatontwikkeling in den foetus was moeielijk na te gaan omdat de vaten vrijwel onkenbaar waren geworden. Alleen de groote vaten waren over eenigen afstand te vervolgen en hunne verhouding tot de grootte van het hart vertoonde evenmin abnormaliteiten. En zelfs in de verst verwijderde gedeelten van den foetus trof ik nog restes van bloedvaten aan, of ophoopingen van roode bloedlichaampjes, die op vroegere vaten duidden. Deze chromocyten waren nagenoeg alle kernloos, ofschoon de gewone biconcave vorm nog niet altijd even duidelijk viel waar te nemen. Ook het hart was met deze bloedcellen gevuld.

Zonder dus al te veel waarde aan deze feiten te willen hechten, mag ik er toch de volgende besluiten uit trekken.

Ten eerste bezat het hart van dezen foetus eene grootte, in goede verhouding staande tot de grootte van den geheelen foetus.

Ten tweede moet de foetus bij zijn afsterven *minstens* de ontwikkeling van een tweemaanschen foetus bereikt hebben, want zooals bekend is [2]) zijn bij den mensch en de zoogdieren, in den beginne alle roode bloedlichaampjes in het bezit van een kern en worden bij den mensch deze bloedcellen nog gedurende het embryonale

[1]) His. Anatomie menschl. Embryonen. Atlas II.
[2]) Hertwig. Lehrbuch der Entwick. gesch: des Menschen etc.

leven van het einde der tweede maand af (bij vele zoogdieren echter eerst nà de geboorte) door de gewone chromocyten vervangen.

In het gehalte van het bloed aan chromocyten ligt dus eenigszins een maatstaf voor de beoordeeling van den ondersten leeftijdsgrens van den foetus.

Om mijne gegevens omtrent de foetale vaatontwikkeling zoo volledig mogelijk te maken, heb ik ook de navelstreng aan een onderzoek onderworpen. Aan de zijde der placenta sneed ik de navelstreng uit in samenhang met een konisch stukje placenta om zoodoende de vaten tot in dit orgaan te kunnen vervolgen.

Ook hier bleek de oppervlakkige laag, in casu het amnionepithelium in goeden staat te verkeeren, de rest echter in toestand van degeneratie, waarbij opviel, dat op verschillende plekken slangvormige rijen van kernvormige lichaampjes zichtbaar waren, waarin wij vermoedelijk restes van bindweefselfibrillen te zien hebben.

Ook waren er nog restes te vinden van allantois en dooierzak, gelijk ook uit figuur 11 blijkt, welke een beeld geeft van eene coupe, niet ver van den foetus.

De vaten waren zeer duidelijk te zien. De beide arteriae waren vrij sterk gevuld, evenals de vena waarvan de wand door uitgetreden bloedlichaampjes was geïnfiltreerd.

Hoe meer de coupes de placenta naderden, des te moeielijker viel het de vaten op te sporen, maar verdwijnen deden zij niet, wat wel blijkt uit de vrij groote arterie, welke ik nog aantrof in het stukje placenta, dat ik in samenhang met den navelstreng had uitgesneden, en waarvan fig. 12 een beeld geeft. De grootte van het lumen is hier wellicht afhankelijk van de anastomose die zeer vaak dicht bij de placenta tusschen de beide arteriën tot stand komt. Het gelukte mij niet, ook de andere arterie in deze coupe te vinden.

Wat ook het geval moge zijn, zooveel is zeker, dat *de gevulde vaten in de navelstreng, moeielijk zijn overeen te brengen met eene tekortschietende werking van het embryonale hart.*

Voor de hand lag nu het vermoeden, dat ook in de placenta zelf vaten te vinden zouden moeten zijn. Doch, zooals ik reeds zei, hoe ik ook zocht, ik vond die niet, totdat kort voor het afwerken van dit opstel zich in mijne praxis een geval voordeed, waarin ik duidelijk de vaten in de chorionvlokken kon aantoonen.

7.

Mej. De G., oud 28 jaar, voor 7 jaar gehuwd. Voor 2 jaar beviel zij na een normale graviditeit van een gezond kind. Eenigen tijd geleden bleef weer de menstruatie uit gedurende ± 4 maanden.

Toen trad er bloeding op, zonder eenige aantoonbare oorzaak.

Bij onderzoek bleek de uterus de grootte te bezitten van een zwangeren uterus aan het einde der derde maand, en van vrij harde consistentie te zijn. Na twee dagen bloeding volgde abortus. Ik verkreeg het ei in vrij onbeschadigden toestand.

Het bleek mij een merkwaardig specimen van haematoma tuberosum.

Het geheele ei, aan de eene pool bedekt door een kapsel van decidua was ovaal van vorm met een grootsten en kleinsten diameter van 8,5 en 6 millimeter.

Embryo noch navelstreng waren aanwezig. Eiholte vrij goed gevuld met liquor amnii. In de eerste plaats nu viel het op, dat de subchoriale tuberositeiten, nadat het praeparaat eenige dagen in absolute alcohol bewaard was, zeer veel sterker waren dan te voren, een eigenaardigheid waar ik reeds op wees.

Mikroskopisch waren ook de kenmerken van het haematoma tuberosum aanwezig, maar in een zeer jeugdigen vorm.

De intervilleuze ruimten sterk gevuld met bloed, dat het chorion naar de eiholte doet uitpuilen.

De vaten waren in de decidua hier en daar sterk uitgezet, maar tot bloeduitstortingen in het weefsel was het meestal nog niet gekomen, daartoe was de stuwing van te jongen datum.

De vlokken, in hun gedaante, rond als zij waren, hun jeugdigen toestand vertoonend, waren, evenals het chorion in het bezit van *bloedvaten*, die te meer uitkwamen omdat zij gevuld waren met kernhoudende bloedlichaampjes (fig. 13). Naast deze *vaatvoerende vlokken*, waren er ook vele zonder vaten waar te nemen.

Knopvorming en woekering van syncytium trof men op vele plaatsen aan, cellen van Langhans daarentegen uiterst weinig.

Wij zien dus, dat men de vaten in de vlokken niet altijd mist, en ook Davidsohn heeft hen kunnen aantoonen in een zeker geval van haematoommola [1]). Zij kunnen er dus zijn en wij kunnen dus alle gevolgtrekkingen, die uit hun afwezigheid omtrent den toestand van het foetale hart getrokken zijn, stilzwijgend voorbijgaan. Trouwens ook in dit opzicht heeft ons onderzoek een normaal foetaal hart uitgewezen. En ten slotte, dat wij zoo lang naar de vaten in de vlokken hebben moeten zoeken verwondert ons ook niets. In jonge placentae kost het altijd moeite hun te vinden, en van der Hoeven meent, dat waar zij zeer duidelijk zichtbaar zijn, dat juist daar de circulatie in de foetale vaten gestoord is (stuwing).

[1]) Davidsohn. Zur Lehre von der Mola haematomatosa. Archiv für Gynaekol. 1901, Bd. 25, H. 1.

Breus hecht aan dit ontbreken der vaten groot gewicht, en baseert er zelfs zijn opvatting over de haematoommolae op. Voordat ik nu de reeds meermalen door mij aangeduide en door van der Hoeven [1]) het vorige jaar in het tijdschrift voor geneeskunde verdedigde stuwingstheorie verder ga uitwerken, mogen hier de theorieën der schrijvers, op de genoemde resultaten van hun onderzoek gebaseerd, een plaats vinden. In de eerste plaats dan neemt Breus aan als primair den dood van het embryo in de tweede maand, terwijl de eimembranen doorgroeien: speciaal de eiblaaswand vergroot zich nog verder. Deze wordt nu te groot om nog glad om het vruchtwater heen te kunnen liggen en zal zich dus in plooien leggen en in de amnionholte divertikelvormig uitbochten. Dergelijke divertikels vindt Breus voor een deel leeg. Bloedt het echter van uit de intervilleuse ruimten hierin, dan is het haematoom ontstaan.

Om niet in herhalingen te vervallen wil ik terloops noteeren, dat deze *leege divertikels*, waarop alle schrijvers zooveel gewicht leggen, en een deel hunner opvatting baseeren, *bij het leven* ondenkbaar zijn. Het eiomhulsel bestaat uit een intervilleuse ruimte (waarin chorionvlokken liggen) naar het vruchtwater toe afgesloten door den eiblaaswand. In de intervilleuse ruimten is ten allen tijde bloed tot tegen den eiblaaswand aan, en of deze nu vlak ligt of divertikels vormt, het bloed blijft er tegen aan liggen, bloedleeg wordt de divertikel er nooit door. *Na den dood* echter kan en zal, zooals wij in iedere placenta zien, het bloed, waar het niet gestold is, er uit loopen. Uit het vinden van leege divertikels na de geboorte van het ei zal men dus nooit mogen besluiten, dat de vergrooting van den eiblaaswand primair geweest is aan de haematoomvorming.

In tegenstelling met Breus acht Neumann [2]) den dood van het embryo secundair, en primair bloeduitstortingen onder den eiblaaswand, een begrip, dat, als men hieronder niet stuwing wil verstaan, niet duidelijk is.

Tusschen Neumann en Breus in, vrij dicht bij Breus, staat Gottschalk [3]), die evenals Breus groot gewicht hecht aan het niet vinden van vaten in de chorionvlokken.

Davidsohn [4]) eindelijk geeft een geheel andere opvatting. Volgens hem is de wanverhouding tusschen de eivliezen en het embryo niet secundair ontstaan door doorgroeien van de eersten, maar primair aan de overige afwijkingen. Deze te groote, te wijde eivlieszak zou het gevolg zijn van een in de allereerste maanden opgetreden

[1]) van der Hoeven. Iets over jonge menschelijke eieren.
[2]) Neumann. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1897.
[3]) Gottschalk. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1899.
[4]) l. c.

hydramnion. Nu sterft het embryo. Volgt er geen abortus, dan kan, meent Davidsohn, het vruchtwater geresorbeerd worden. Hierdoor vermindert de druk in de amnionholte. Dit werkt als een soort drooge kop: er vormen zich subchoriale bloedophoopingen, subchoriale haematomen, die de door de resorptie van het vruchtwater vrij geworden ruimten snel opvullen (Sic.).

Hierop volgt een schrompeling van het geheele ei, bemerkbaar aan de hardheid der haematomen en het geplooide karakter van het oppervlak. Deze schrompeling is oorzaak, dat het ei niet grooter wordt, maar in tegendeel langzaam verkleint, waardoor dan de reden gegeven zou zijn, waarom de uterus zijn inhoud niet tracht uit te storten (missed abortion).

Men ziet hypothesen, en hypothesen waar wel iets tegen in te brengen is.

In de eerste plaats al dadelijk: waardoor wordt het hydramnion bewezen? In de tweede plaats, waarom volgt de uteruswand wel de verkleining van het ei, die de schrompeling veroorzaakt, en niet die, welke van het resorbeeren van het vruchtwater afhankelijk is.

Wat overigens verder dit geschrompelde oppervlak betreft, wees ik reeds op de verklaring van Prof. Treub.

En ten vierde is het, zooals ik eveneens reeds zei, in de collectie van de vrouwenkliniek zeer fraai te zien, dat *hoe langer het ei in utero gebleven is, hoe grooter het ei zelf en hoe grooter het embryo geworden is.*

En ten slotte is het, volgens welke opvattingen ook, onmogelijk met grond de oorzaak van de afwijkingen in den foetus zelf te zoeken bij de beschouwing van het drielingsei, dat ik vroeger heb beschreven. Immers het is toch wel wat veel gevergd van toeval en kansen, wanneer men alle drie de embryonen hier van eenige ontwikkelingsanomalie (mikrokardie) zou willen beschuldigen.

Eindelijk nog zou een circulatiestoornis in den foetus wel de dood van den foetus zelf verklaren maar ons geen voldoende opheldering geven omtrent het met bloed overvuld zijn der intervilleuse ruimten en deciduavaten.

Wat wij zien, is stuwing in de moederlijke vaten en een gebrekkige ontwikkeling van het embryo, dat evenwel blijkens mijn onderzoek tot het laatst toe van bloed voorzien geweest is. Gegeven zijn slechte ontwikkeling moet deze bloedtoevoer eene onvoldoende geweest zijn, en de oorzaak hiervan zoeken wij in de afwijking die wij voor oogen zien: de stuwing in de moederlijke vaten. Hierdoor is de verversching van het foetale bloed in de vlokken onvoldoende, terwijl tevens ook de vlok zelf onvoldoende gevoed wordt. Hierdoor kan zelfs de dood der vlok volgen. Om die doode vlok als corpus

alienum legert zich fibrinelaag op fibrinelaag en ten slotte is de geheele intervilleuze ruimte gevuld met fibrine, dood syncytium en gedegenereerd vlokstroma.

Er zal dus een periode voor den foetus aanbreken, die wij het best een vita minima zouden kunnen noemen en welke langer duurt naarmate de stuwing minder snel een hoogen graad bereikt.

Ten slotte rest ons nog de oorzaak van de stuwing, die tot de beschreven verandering aanleiding geeft, na te gaan.

In de literatuur vinden wij herhaaldelijk opgegeven, dat de consistentie van den uterus, voordat het ei uitgestooten werd, harder was dan in een gewone graviditeit. In hoeverre deze waarneming altijd juist is, durf ik niet beslissen, maar te verklaren is zij in alle geval door de hardere hoedanigheid van het haematoma tuberosum, en als zoodanig is zij niets bijzonders, en secundair aan de afwijking van het ei. Trouwens degenen, die haar geconstateerd hebben, verklaren haar ook als zoodanig.

Zoover was ik gekomen, toen prof. Treub mij bovendien een praeparaat van tubairgraviditeit met haematoommola ter onderzoek afstond. Macro- en microscopisch vond ik ook hierbij in hoofdzaak weer hetzelfde: stuwing in de moederlijke vaten, en nu geen harde consistentie van het omgevende moederlijke weefsel. Hierin kan dus de oorzaak der stuwing niet liggen.

Nadat wij zoo in de moederlijke weefsel vergeefs gezocht hebben, willen wij de zaak van den anderen kant bezien, en nagaan of misschien in het ei zelf de oorzaak gelegen kan zijn. En hier zijn wij gelukkiger.

Bij den aanleg van de placenta worden door de aanwezigheid van het syncytium de moederlijke vaten geopend en stroomen de intervilleuze ruimten vol. Wil evenwel de bloedstroom hierin behoorlijk mogelijk zijn dan moeten met de toevoerende vaten tegelijk ook een voldoend aantal afvoerende geopend worden. Is dit niet het geval, dan wordt de bloedstroom belemmerd en treedt de stuwing op. Geschiedt dit in den beginne, als het ei nog klein is, dan zal al spoedig hierdoor de stuwing zich over de geheele intervilleuze ruimte kenbaar maken, gebeurt het echter later, dan kunnen wij een meer plaatselijke stuwing in een deel der placenta zien optreden.

Bij een dergelijke algemeene stuwing zal natuurlijk het bloed der chorionvlokvaten niet behoorlijk de noodige producten met het moederlijke bloed kunnen wisselen, waardoor de foetus slechts onvoldoende gevoed zal worden. Deze zal het zoover brengen, dat hij juist niet dood gaat. Zooals ik reeds zei, de vita minima zal het gevolg zijn. En in den uterus is een levend, doch weinig of

niet groeiend ei. Dit ei zal, doordat het leeft, en juist doordat het zoo weinig groeit, op den uterus geen prikkel uitoefenen voor uitdrijving en het zal rustig blijven zitten. De prikkelbaarheid van den uteruswand behoeft daarvoor niet verminderd te zijn. Eerst bijkomende omstandigheden of de ten slotte ingetreden dood der vrucht kunnen de aanleiding tot de geboorte van het ei worden, doch nu op een tijdstip, waarop dikwijls de normale zwangerschapsduur lang overschreden is.

Wij vatten dus de haematoommola, of zooals ons juister lijkt, *de mola varicosa op als gevolg van stuwing, die op haar beurt weer ontstaan is door een afwijking in de functie of in den groei of in beide van het syncytium.*

VERKLARING DER FIGUREN.

Fig.	1	Photographie van praeparaat 1.
„	2	„ „ „ 2.
„	3	„ „ „ 3.
„	4	„ „ „ 4.
„	5	„ „ „ 5.
„	6 en 7	„ „ „ 6.
„	8	Decidua bij mola varicosa.
„	9	Vlokken met syncytiale woekeringen.
„	10	Woekering der cellen van Langhans.
„	11	Navelstreng van praeparaat 1.
„	12	Placenta „ „ „
„	13	Vatenvoerende vlokken van praeparaat 7.



Fig. 1.

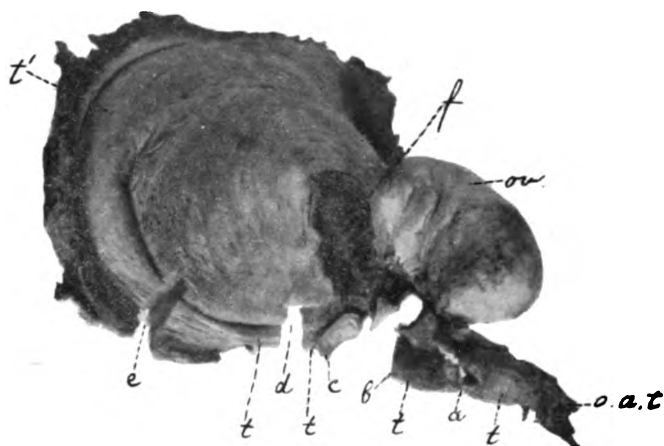


Fig. 2.

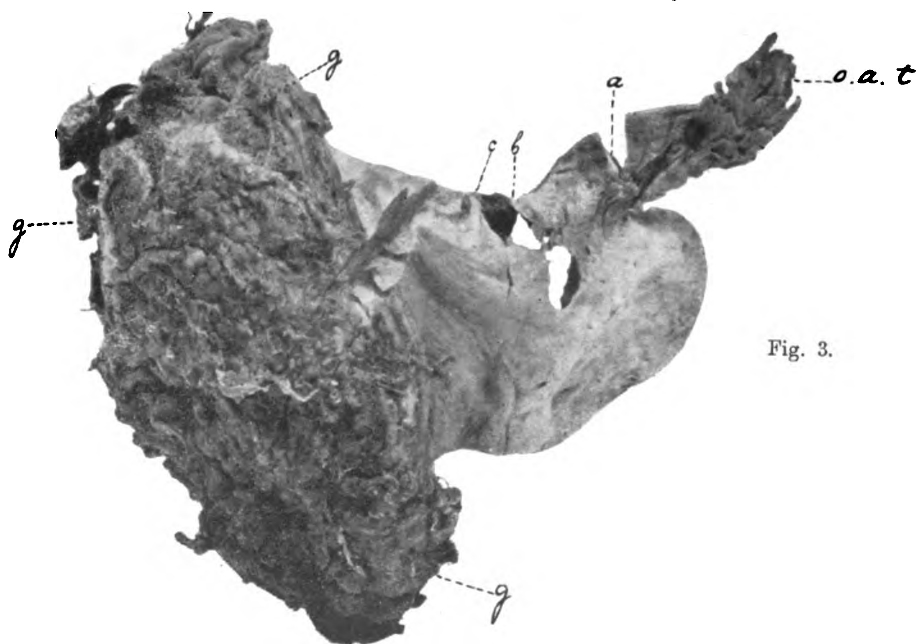


Fig. 3.

Fig. 4.



Fig. 5.





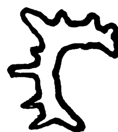
Fig. 6.







Fig. 7.



VERSLAG VAN HET BEHANDELDE
in de Vergaderingen van Februari tot April 1902,
DER
NEDERLANDSCHE GYNAECOLOGISCHE VEREENIGING
TE AMSTERDAM.

Vergadering van Zondag 16 Februari 1902.

Voorzitter: Prof. KOUWER.
Loco-secretaris: Dr. DRIESSEN.

De Voorzitter heet de nieuwe leden Dr. P. van Oordt en Dr. M. M. de Monchy, beiden ter vergadering aanwezig, welkom en dankt Dr. Stratz voor de bijdrage in de kas der Vereeniging. Telken jare toch heeft Dr. Stratz, de correspondent van het „Centralblatt für Gynaecologie", de bereidwilligheid met zijne pecuniaire verdiensten de kas te stijven.

Daarna komt aan de orde de discussie over spoeddilatatie volgens Bonnaire, naar aanleiding van de voordracht van Dr. Meurer in de Januari-vergadering.

Allereerst brengt Prof. Treub verslag uit van de gevallen, waarin de spoeddilatatie in de kliniek wordt toegepast. Voor een deel zijn deze gepubliceerd door Dr. van Oordt. Zoo vindt men in deze publicatie 4 gevallen van placenta praevia; driemaal kwam daarbij het kind levend ter wereld, eenmaal dood. De dilatatie van Bonnaire werd daarna nog 8 maal bij plac. praevia toegepast, 7 maal was het kind levend, één onvoldragen kind stierf kort na de geboorte in de couveuse. Tweemaal vertoonde de temp. een verhooging tot 38.2, overigens verliep het kraambed steeds ongestoord.

Voorts beschrijft van Oordt 3 gevallen van dilatatie bij een hoog staanden contractiering; nog 2 zulke gevallen kwamen ter behandeling, het kraambed verliep steeds ongestoord.

De dilatatie Bonnaire-van Oordt verleende verder in de volgende gevallen uitstekende diensten:

Bij partus arte praematurus, na 2 dagen slechts weinig ontsluiting, na dilatatie B. v. O. levend kind, normaal kraambed.

Partus arte praematurus, oedeem van de voorlip, 5 cm. ontsluiting, hooge tang na dilatatie B. v. O. Kind levend, kraambed

normaal. Voorts nog tweemaal, bij vernauwd bekken, hooge tang, kind levend. Eenmaal bij vernauwd bekken met prolapsus funiculi. Vrouw was geïnfecteerd. Kind dood. Kraambed normaal.

Bij eclampsie werd driemaal de handgreep toegepast:

1°. I gravida. Gemelli, 3 cm. ontsluiting. Dilatatie, Forceps. 1e kind levend. 2e kind gemacereerd. Voet-extr. Kraambed normaal.

2°. VIII para 4 cm. ontsluiting. Dilatatie. Forceps. Koorts reeds vóór den partus. Psychose. Genezen.

3°. I gravida. Hevige eclampsie. Luistert niet naar morphine. Portio niet verstreken. Dilatatie gaat met groote moeite gepaard en brengt de ontsluiting niet verder dan tot 6 cm., daarna moeilijke forcipale extractie. Kind wordt met kloppend hart geboren, maar sterft na eenige uren in de couveuse. Kraambed goed.

Bij een geval van loslating van de normaal gelegen placenta was het mogelijk door middel van de spoeddilatatie in ± 10 min. de ontsluiting van 5 cm. zoo te bevorderen, dat het kind kon worden geëxtraheerd. Normaal kraambed.

Na een langdurigen partus, waarbij in de stad een vaginaalwond was gemaakt en het orificium externum geconglutineerd was, kon men de ontsluiting gemakkelijk op 5 cm. brengen. Stinkend vruchtwater, bloed in de urine, stilstand van de ontsluiting. Na dilatatie volgens B. v. O. kon per forcipem een levend kind te voorschijn worden gebracht. Uterus-tamponnade. Temp. 's avonds 38.1.

Nog zij vermeld een geval van extractie van gemelli bij een patiënte met nierlijden en secundaire harthypertrophie en insufficientie; daar pols achteruitging werd bij 6 cm. ontsluiting de dilatatie toegepast.

In twee gevallen liep de partus ongunstig af.

1°. Vrouw met prolapsus vaginae, wordt met gebroken vliezen, febriciteerend binnengebracht. De prolaps wordt gereponeerd. Koorts neemt langzamerhand toe. Schouderligging met uitgezakte hand. 5½ cm. ontsluiting. Na spoed-dilatatie B. v. O. versie en extractie van eene gemacereerde vrucht. Na den partus nemen de infectieverschijnselen toe, bronchopneumonie, peritonitis. Exitus 8 dagen p. p.

Het tweede geval wordt medegedeeld door Dr. Lingbeek. Pat. was eene vrouw van 35 jaren, die voor de 8ste keer zwanger was. Zij werd den 1sten Juli 1901 in de vrouwenkliniek opgenomen, daar ongeveer midden Juni, 't verwachte einde van de graviditeit, de kindsbewegingen waren opgehouden, en zij zich ziek gevoelde.

Laatste menstruatie 4 Sept 1900. Weeën waren niet opgetreden. Zij zag er zeer zwak uit, hoewel zij goed gebouwd was en maakte den indruk erg ziek te zijn. Zij klaagde over pijnen in den buik

dan links, dan weer rechts, had diarrhoe tot 8 à 10 keer per dag, temp. van 37.2 tot 38.5, pols 100 tot 150. Oedema van de onderste extremiteiten en van den buikwand, albuminurie, geen vruchtbeweging, geen harttonen van de vrucht. Haar toestand werd gaandeweg minder, pogingen tot inleiding van de baring hadden geen succes, en daarna werd den 16[den] Juli door Prof. Treub besloten, dat de methodische dilatatie van het halskanaal volgens Bonnaire zou worden verricht, en daarna direct de extractie van de doode vrucht zou volgen.

Met moeite gelukte 't om, onder masseerende bewegingen, te komen tot 2 vingers van elke hand. Op dat oogenblik voelde ik het cervikaalkanaal deze als een snoer omsluiten. Er werd toen voortgegaan met kneeden en rekken, waarbij plotseling, zonder dat buitengewoon groote kracht werd gebruikt, deze snoer inscheurde en toen de vingers naar rechts plotseling doorgingen als in rot, dood weefsel. Het sterk gemacereerde kind, dat in volkomen stuitligging lag met den rug naar links, werd toen door de scheur gehaald, de placenta daarna direct manueel verwijderd; 't welk alles zonder moeite ging. Het bleek toen dat, behalve de scheur naar rechts, iets naar boven links ook een hiaat in den uterus was. Van de wond rechts konden beide randen worden gevoeld, van die naar links de bovenrand niet, daar was een hiaat. De uterusholte werd getamponneerd met jodoformgaas, door de scheuren heen werd ook jodoformgaas tot in de buikholte gebracht. Er was betrekkelijk weinig bloeding gedurende de operatie, spoedig echter kwam er eenige bloeding door den tampon, en daar de bovenste wondrand van de linkerscheur niet was gevoeld, werd de tampon weer uitgehaald. Het bleek toen dat de bovenste wondrand van het hiaat links was opgetrokken naar boven, en dat het onderste stuk met den fundus uteri aan den voorsten buikwand ter hoogte van den navel vergroeid was, (er was geen litteeken van vroegere operatie) bovendien liep er een worstvormige en ongeveer worstdikke bride van af 't eene hypochondrium in een boog naar het andere hypochondrium, over de vergroeide plaats in den buikwand, welke bride voor samengeschrompelde peritonitische adhaesies werd gehouden. Door de belangrijke diastase van de m. m. recti gelukte 't gemakkelijk dit stuk van den uterus naar beneden te drukken, en zoo het hiaat links te sluiten. Hierbij werd de umbilicus meer naar beneden getrokken, zooals vanzelf spreekt, en bleef daar ook in die positie.

De scheuren en de uterusholte werden nu weer stevig getamponneerd met jodoformgaas, terwijl de uitw. hand den uterus steunde. Deze bleef goed gecontraheerd, bloeding trad niet meer op.

Eenige uren p. o. maakte patiënte 't redelijk wel. Frequentie van den pols, die vrij goed gevuld was, circa 130, dus als voor de operatie. Langzaam echter ging haar toestand achteruit tot zij succombeerde circa 4 u. p. o., ondanks campheraetherinjectie, zoutwater inspuiting etc.

Prof. Treub concludeert uit bovenstaande gevallen, dat werkelijk de dilatatie volgens Bonnaire (met wijziging volgens van Oordt, waarbij de handen kruiselings het ostium dilateeren) een welkom hulpmiddel is in de obstetrie; het laatste geval bewijst echter, dat de handgreep niet absoluut ongevaarlijk mag genoemd worden, slechts op strenge indicatie mag zij hare toepassing vinden.

Dr. v. d. Velde heeft de dilatatie 12 maal verricht met gunstig resultaat, toch dringt ook hij op voorzichtigheid aan. Zoo gebeurde het hem eenmaal, dat een heftige bloeding na extractie van het dwarsgelegen kind, tamponnade noodzakelijk maakte. De scheur bij de moeielijke dilatatie van 5 tot 8 cm. eerst in geringen graad ontstaan, reikte na de extractie van den schedel tot in het parametrium. Ook bij een geval van placenta praevia kreeg spreker den indruk dat de heftige fluxus p. p. uit den atonischen uterus te wijten was aan de snelle ontlediging van de baarmoeder. Ook deze patiënte werd getamponneerd en herstelde. Stelselmatig zou spreker de spoed-dilatatie toegepast willen zien in gevallen van een vrij aanzienlijke bekkenvernauwing, wanneer, de vliezen eenmaal gebroken, de ontsluiting op 6 cm. ongeveer blijft staan, de schedel niet indaalt en men door langer dan een paar uur te wachten, het ontstaan van een contractiering, die de versie zal bemoeielijken, heeft te vreezen. Door de dilatatie volgens Bonnaire zullen de resultaten van versie en extractie alsdan veel verbeteren. Wat de handgreep zelf betreft, eischt zij volgens spreker's ervaring toch meer inspanning dan Dr. Meurer heeft voorgesteld.

Dr. Ribbius oppert bezwaar tegen de betiteling van *ongevaarlijkheid* van deze handgreep. Zelfs zonder kennis genomen te hebben van het letaal verloopen geval van Prof. Treub, ziet spreker een groot gevaar juist in de eenvoudigheid. Vooral geldt dit voor de vroedvrouwen, en waar Dr. Meurer, als 3e indicatie de pijnlijkheid der weeën noemt, acht spreker de vrees gewettigd, dat menige vroedvrouw en menig voortvarend arts, door medelijden bewogen, deze handgreep zonder strenge indicatie zal toepassen. Waar een accouchement forcé geindiceerd is, zooals volgens spreker's overtuiging bij placenta praevia het geval is, verdient de dilatatie volgens Bonnaire daarentegen ruime toepassing.

Prof. Kouwer heeft met genoegen de mededeeling van ongunstig verloopen gevallen gehoord, want de ruime uitbreiding, die Dr.

Meurer aan de spoed-dilatatie wil verschaffen, strijdt tegen het eerste beginsel van den obstetricus: geduld. Met weinig sympathie vernam spreker de experimenten door Dr. Meurer in de Rijkskweekschool voor vroedvrouwen genomen, vooral waar ze verricht zijn in tegenwoordigheid van leerling-vroedvrouwen. Niet met al de verschillende indicaties door Dr. Meurer opgesteld, kan spreker zich vereenigen; mag de dilatatie geïndiceerd zijn bij dwarsligging bijv., bij spasmus uteri, bij pijnlijke weeën etc. bezitten wij toch in de morphine, in warme baden meestal afdoende hulpmiddelen. Ook de 4e indicatie zet de poort veel te wijd open; menig verloskundige zou aldus te spoedig tot actief ingrijpen overgaan.

Dr. Meurer dankt de vorige sprekers voor de mededeeling hunner ervaringen, met genoegen heeft hij mogen constateeren dat in de overgroote meerderheid der door Prof. Treub en Dr. v. d. Velde medegedeelde gevallen, niet alleen geen nadeel van de methode is gezien maar deze juist van groot nut geweest is voor moeder en kind.

Daartegenover staan 2 gevallen, één uit de kliniek van Prof. Treub door Dr. Lingbeek medegedeeld, één door Dr. v. d. Velde waargenomen, waarvan de afloop voor de moeder ongunstig is geweest. Het komt Spr. echter voor dat deze beide gevallen niet gebruikt kunnen worden om het gevaarlijke der methode aan te toonen en dus ook niet kunnen dienen als wapen tegen de door Spr. sub 2, 3 en 4 gestelde indicaties. Het eerste door Dr. Lingbeek medegedeelde is al een zeer bijzondere casus. Bij een vrouw, die gedurende langen tijd koortste tengevolge van een dood kind, met oedemen van extremiteiten en buik tengevolge van een nierlijden, werd bij afwezigheid van ontsluiting gedilateerd en scheurde de hals *diep* in, *daarna werd geëxtraheerd*. Dat ook diepe scheuren ontstonden is niet te verwonderen, daar in dit geval het uterusweefsel tengevolge van het doode kind in ontsteking was overgegaan en, zooals begrijpelijk is, zeer gemakkelijk inscheurde en bij de extractie *verder* scheurde.

Het 2de, door Dr. v. d. Velde medegedeelde geval is evenmin als een voorbeeld van het gevaarlijke van den handgreep als zoodanig te beschouwen, want er trad door de dilatatie tot 8 cM. *slechts een kleine scheur* op, en *eerst tengevolge van de daaraan aangesloten extractie* werd deze vergroot tot in het parametrium. Dit geval moge dus wel als een waarschuwend voorbeeld dienen om geen extractie bij een nog niet flink ontsloten ostium te verrichten, waarover men het trouwens algemeen eens is.

Spr. blijft dus bij zijne meening dat de snelle dilatatie volgens Bonnaire ongevaarlijk is, indien zij zooals toch ook onder de

sub 1, 2, 3 en 4 genoemde indicaties bedoeld wordt, geschiedt bij gezond, niet ontstoken weefsel.

Het door Dr. v. d. Velde medegedeelde geval van dwarsligging moge tot voorzichtigheid aansporen om eerst flink te dilateeren alvorens men tot opvolgende versie en extractie overgaat; niettegenstaande de door Dr. v. d. Velde opgedane ervaring meent Spr. toch, dat juist bij dwarsliggingen de wenschelijkheid om de dilatatie toe te passen dikwijs zal gevoeld worden, indien b.v. het vruchtwater vroegtijdig is afgeloopen, de ontsluiting langzaam vordert, de contractiering hoog gaat staan, nog voordat ruime ontsluiting is opgetreden.

Naar aanleiding van de vraag van Prof. Kouwer waarom Spr. het juist bij dwarsliggingen en prolapsus funiculi zoo wenschelijk vindt om eerst bij flinke ontsluiting te keeren en niet, zooals hij pleegt te doen, in gevallen waarin zulks noodig is, bij geringe ontsluiting de keering te doen en dan verder af te wachten, antwoordt Spr. dat hij het principieel afkeurt te keeren op een tijdstip dat men aan de versie nog niet de extractie kan aansluiten. Door de versie toch zal men, vooral indien men deze verricht bij afgeloopen vruchtwater, de navelstreng bijna zeker moeten drukken en daardoor het leven van het kind in gevaar kunnen brengen. Extraheert men het kind onmiddellijk na de versie, dan kan de van den druk afhankelijke koolzuurophooping door de gebruikelijke middelen bestreden worden, terwijl het in utero blijvende kind daardoor te gronde zal gaan. Tengevolge van dit door hem ingenomen standpunt, schat hij de dilatatiemethode op zoo hooge waarde.

Spr. wil zich voorts nog van den blaam zuiveren alsof hij voor leerling-vroedvrouwen experimenten had verricht in de kweekschool; natuurlijk bleven deze geheel onkundig van hetgeen hij gedurende het inwendig onderzoek zijner patiënten verrichtte, nog veel minder dus heeft Spr. hun geleerd deze methode onder bepaalde omstandigheden toe te passen; uit zijne voordracht is z. i. geen grond voor deze veronderstelling te vinden. Het gevaar dat Dr. Ribbius ducht als zouden vroedvrouwen ook spoeddilatatie gaan toepassen, is z. i., indien het dan werkelijk als een gevaar beschouwd zou moeten worden, wat Spr. zou willen ontkennen, al zeer gering, daar een dergelijke methode op een lijn dient geplaatst te worden met versie en extractie, die door hen toch ook slechts in dringende gevallen mogen worden toegepast.

Resumeerende meent Spr. dus ook na het gehoorde het besluit te mogen trekken, dat de spoeddilatatie *alleen* niet gevaarlijk is, verricht wordende bij gezonde barenden. Dat daarom ook geen bezwaar gemaakt kan worden tegen de door hem sub 2, 3 en 4 op-

genoemde indicaties, die allen opgesteld zijn met het doel den afloop der baring voor de moeder zoowel als voor het kind gunstiger te doen zijn.

Dat de dilatatiemethode volgens Bonnaire *gevolgd door* forcipale extractie of versie en extractie tot diepgaande scheuren aanleiding kan geven. Dat men, mocht zij noodig geacht worden, zooals bij placenta praevia, eclampsie, dwarsliggingen enz., dus vooral moet zorgen eerst tot ± 10 cM. te dilateeren, alvorens men overgaat tot het beëindigen van den partus.

Nadat Prof. Kouwer de schaduwzijden der methode nog iets donkerder, en Prof. Treub de onschatbare waarde er van nogmaals heeft afgeschilderd, en Dr. Ribbius zijn meening handhaaft, dat deze methode een gevaarlijk wapen zal worden in de handen der vroedvrouwen, sluit de Voorzitter de discussie, Dr. Meurer dank zeggende voor zijn voordracht.

Hierop worden door Prof. Kouwer een drietal praeparaten gedemonstreerd:

Vooreerst een uterus myomatosus, per laparotomiam totaal geëxtirpeerd. Leerrijk is in dit geval de aanwezigheid van gesteelde submuqueuse poliepen in het cavum uteri, terwijl de 48-jarige vrouw klinisch, behoudens de slechts 4 dagen durende, heftige menorrhagie geen sprekende verschijnselen daarvan vertoond had, geen fluor albus noch bloeding buiten de menstruatie.

Het tweede praeparaat is een groot week myoom, per laparotomiam weggenomen bij een barende; de sectio caesarea werd toegepast, het gezwel geënucleëerd. De operatie liep goed af voor moeder en kind. Eigenaardig was voorzeker, dat door spreker 1½ jaar geleden op dezelfde plaats eveneens een myoom was geënucleëerd; destijds is klaarblijkelijk deze myoomkiem over het hoofd gezien.

Ten slotte vertoont spreker eene malignen ovariaal tumor; het ovarium is veranderd in een cysteuse holte met dikken carcinomateusen wand. De vraag is of dit gezwel beantwoordt aan de beschrijving, die sommigen van een folliculair-carcinoom hebben gegeven. Het microscopisch beeld wordt vertoond, eveneens het andere ovarium, dat hoewel weinig vergroot, er suspect uitziet, maar bij het voorloopig onderzoek geen maligne degeneratie deed ontdekken.

Dr. Mijnlieff demonstreert daarna een foetus, die hem bij de geboorte moeielijke oogenblikken had bezorgd. De 23-jarige II-para was geruimen tijd in partu, toen spreker ten slotte de forceps in kruinligging kon aanleggen, tweemaal moest de tang worden aangelegd en na zeer veel moeite gelukte het den schedel te doen

geboren worden. De schouder kwam echter niet dieper, ten slotte werd de schedel van den romp gescheiden en vorderde de partus pas na eene thoracotomie, waarbij veel vloeistof afliep. Na den partus bleek de sterk uitgezette buik het impediment geweest te zijn; een uitzetting, die haar ontstaan te danken had aan een maximale dilatatie van blaas, ureteren en nieren, alsook van de uterushoornen en tubae bij volkomen atresie van den sinus urogenitalis. Het merkwaardige praeparaat zal in de kliniek van Prof. Treub nog nader onderzocht worden.

Dr. Meurer houdt zijn voordracht over congenitale misvormingen der extremiteiten [1]).

Spreker is in de gelegenheid geweest een kleine reeks van aangeboren afwijkingen aan de extremiteiten waar te nemen en kan deze door middel van Röntgen photographieën, waarvan de meesten door Dr. Meyers zijn vervaardigd, vertoonen. Eenige jaren geleden werd in de Rijkskweekschool een kind geboren met *spontaanamputatie* der 5 vingers, van de linker hand, terwijl het stompje dat door een gewricht met den onderarm was verbonden door middel der Röntgen-stralen bleek te zijn carpus en metacarpus. Kort geleden nam hij nog een geval waar in zijne praktijk van een 38-jarige vrouw die een spontaanamputatie van den linker onderarm had, zooals zeer schoon uit de R. photo was te zien. In de familie van de beide zooeven genoemde gevallen, werden *nooit* deze afwijkingen waargenomen. Aetiologisch zijn deze beide gevallen zeker niet anders te verklaren dan door amnionstrengen, wier bestaan en invloed op de ontwikkeling der extremiteiten vaststaat en door voorbeelden uit de literatuur door spr. wordt gestaafd.

Verder vertoont spr. de photo's der bovenste en onderste extremiteiten van de moeder van het in de kweekschool geboren kind. De moeder had aan de eene hand 2 aan de andere hand slechts 1 vinger, terwijl ook 2 metacarpaalbeenderen ontbraken. Aan de voeten was slechts een (buitenste) teen aanwezig. Een geval van *ectrodactylie* dus, en behoorende tot eene familie, waar deze en andere afwijkingen veel voorkomen. Zij is volgens hare opgaven de 19de van haar geslacht met dergelijke anomalieën, haar kind het 20ste exemplaar. Dit had aan elke hand één vinger, overigens middelhand als van de moeder. De beide voeten vertoonden het beeld van een *spleetvoet*. Ook door Dr. Tilanus is jaren geleden een dezer familieleden beschreven, zooals Spreker later gebleken is.

Deze exquisiet erfelijke afwijkingen zijn volgens spr. niet op *exogene* wijze ontstaan, maar hiervoor moet evenals voor alle erfe-

---

[1]) De voordracht zal elders in extenso verschijnen.

lijke skeletafwijkingen een *endogene* wijze van ontstaan aangenomen worden, zooals hij ook nog door andere voorbeelden meent te kunnen bewijzen.

Verder vertoont hij nog de photo van een *aangeboren fibuladefect* met afwezigheid van den 5den teen, eveneens afkomstig van een kind uit de Rijkskweekschool. Indien, zooals in dit geval, de afwijking sporadisch voorkomt, is een mechanische oorzaak, b.v. drukking, niet buiten te sluiten en aannemelijk. Komt de aandoening erfelijk voor zooals in een familie door Bidder en Hofmann beschreven, dan ook weer moet men aan endogene oorzaken denken.

Ten slotte vertoont spr. nog een foetus van 30 weken, hem afgestaan door de directie van het O. L. G.; een geval van *Phoco-* of *Micromelie.* De 4 extremiteiten toch waren slechts korte stompjes, die echter zooals uit de R. photo bleek een volledig skelet vertoonden. Daarenboven had de foetus ook nog een navelbreuk en een lichten graad van hydrocephalus. Uit de R. photo bleek verder dat het kind een zeer slecht ontwikkeld skelet had, zooals een foetus van ± 16 weken pleegt te vertoonen, terwijl aan den anderen kant de weeke deelen zeer dik waren. Het is spr. niet duidelijk, aan welke ziekte de foetus geleden heeft, doch wel is het duidelijk dat ook in dit geval de oorzaak der eigenaardige afwijkingen niet buiten maar in het kind zelf gezocht moet worden. Heeft men hier wellicht met een aangeboren vorm van *myxoedeem* te doen, bij welke ziekte zooals bekend is het skelet slecht ontwikkeld is, de meeste deelen daarentegen met name de huid, dik zijn? Lues is buiten te sluiten, er was veel vruchtwater, in tegenstelling tot het eerst beschreven geval, waar het vruchtwater *buitengewoon gering* was.

Naar aanleiding dezer voordracht vertoont Dr. Driessen een congenitale tumor aan de pink, een klein gesteeld gezwelletje, gelijkend op een fibroma pendulum, dat men als een rudiment van een 6den vinger heeft op te vatten; microscopisch toch kan men zich van de aanwezigheid van kraakbeen, met gedeeltelijke verbeening in de kern van den tumor overtuigen. Door Dr. Scholten is in het Tijdschr. v. Geneesk. 1899 een dergelijke congenitale tumor beschreven.

Het feit, dat ook een ander kind in hetzelfde gezin met een identiek gezwelletje als het bovengenoemde geboren werd, pleit volgens spreker sterk tegen de mechanische verklaring van misvormingen, als zouden zij alle door amniotische strengen ontstaan zijn.

Ook Dr. Schoemaker kent eene familie waar een congenitale

afwijking van de pink erfelijk is, de derde phalanx staat loodrecht op de richting van de pink.

Prof. Kouwer heeft als congenitale misvorming een contractuur van de fascia palmaris gezien, waardoor de duim naar binnen in de hand staat. Ook deze misvorming kwam erfelijk in eene familie voor.

Wegens het vergevorderd uur sluit de Voorzitter de Vergadering; de overige onderwerpen van het programma worden tot de volgende maal uitgesteld.

Vergadering van Zondag 10 Maart 1902.

Voorzitter: Prof. KOUWER.
Secretaresse: Dr. CATHARINE VAN TUSSENBROEK.

Na 't openen der vergadering wordt Dr. A. Oidtman tot lid der Vereeniging aangenomen.

De heer Ribbius verkrijgt hierop het woord tot het doen van de volgende mededeelingen:

1. Een ongewoon geval van abortus.

Spreker kreeg eene patiënte in behandeling, die ongeveer 4 md. gravida meende te zijn, en sinds een maand ongeveer vloeide. Aan de vloeiing was een ongesteldheid voorafgegaan, die voor influenza was gehouden. De patiënte verloor slechts een geringe hoeveelheid vuilgekleurd bloed. Zij had geen koorts. Daar Spreker niet kon uitmaken, of de vrucht leefde of dood was, wachtte hij af. Na een paar dagen vertelde de patiënte hem, dat zij een botje was kwijtgeraakt. Inderdaad vertoonde zij iets, dat op een rib geleek; later kwam er nog iets voor den dag, dat een werveltje scheen te zijn In 't begin van de vorige week kwam er weer bloeding, en, in een coagulum ingesloten, kwamen meerdere botjes voor den dag, waaronder een schedelbeentje, een tibia, een rib.

Spreker besloot nu den verderen inhoud uit den uterus te verwijderen. Bij de curettage kwam, behalve de placenta, nog een voorhoofdsbeen en twee scapulae voor den dag. — De beenderen worden vertoond.

De heer Kouwer vraagt, hoever de zwangerschap gevorderd was, en of het mogelijk is, dat de doode vrucht wellicht langen tijd in den uterus teruggehouden is. De heer Ribbius zegt, dat de zwangerschap ongeveer vier maanden was gevorderd.

2. Een geval van S. C. bij eklampsie.

In het Augustusnummer der Monatsschrift für Geb. u. Gyn. wordt door Sippel een lans gebroken voor de S. C. bij eclampsie, naar aanleiding van een door hem gerefereerd geval. Ongeveer gelijk-

tijdig werd door mij S. C. gedaan in een geval, dat met het zijne zeer veel overeenkomst heeft.

30 Juli van het vorige jaar werd ik 's morgens 11 uur gehaald bij eene primipara van 26 jaar, die sinds 's morgens 6 uur kraamstuipen had. Volgens de familie had zij de vorige dagen over hoofdpijn geklaagd, doch niet over dikke voeten, terwijl de mictie normaal was geweest. Zij was ongeveer uitgerekend, had 's morgens ± 6 uur moeten braken, en toen den eersten aanval gekregen. Deze aanvallen hadden zich eerst binnen 't uur, later om 't halve uur herhaald; door den huisdokter was één injectie van 10 mgr. morphine gedaan.

Ik vond de groote zware vrouw diep comateus, cyanotisch, pols gespannen, blaas matig gevuld; per katheter werd ± 250 C.c.m. heldere urine geloosd (12$^0/_{00}$ eiwit; zeer weinig witte bloedlichaampjes; enkele hyaline-cilinders); geen oedemen. Foetale harttonen links onder waarschijnlijk aanwezig. Geen uterus-contracties.

Schedel met groot segment ingedaald; op te duwen. *A. a. l. v.;* portio tuitvormig; ost. int. gesloten.

Opname in 't Elisabethgesticht werd telephonisch aangevraagd, maar pat. arriveerde daar eerst om 3 uur 's namiddags.

Inmiddels werden successievelijk nog 4 injecties van 10 mgr. morphine gegeven, telkens bij 't begin van een aanval; later om ± 2 uur nog een van 30 mgr., maar de aanvallen verminderden niet.

Na aankomst in 't ziekenhuis werd onmiddellijk uit de v. mediana basilica dextra een venaesectie gedaan van ± 300 C.c.m., en daaraan een infusie van ± 500 C.c.m. zoutsolutie onderhuids aangesloten. Onmiddellijk na de venaesectie nog een hevige aanval; weer 30 mgr. morphine; zoodat pat. bij ongeveer 12 aanvallen 110 mgr. morphine kreeg.

Na de infusie geen echte aanval meer, wel aanval van ademkramp en heviger cyanose, zoodat ongeveer half zes een collega in mijn afwezigheid het noodig vond een campher-injectie te geven.

Daar te 6 uur de geboorte nog geen begin had gemaakt, pat. den indruk maakte moribund te zijn; en nog gemeend werd foetale harttonen te hooren, werd besloten te trachten door S. C. moeder en kind of een van beide te redden.

De operatie geschiedde zonder eenige stoornis; eventratie van den uterus; manueele omvatting van de cervix; dwarse fundaalsnede met zeer weinig bloeding; kind aan de beenen geëxtraheerd, wit asphyctisch, komt helaas niet bij.

De placenta komt gemakkelijk, maar de vliezen laten zeer lastig los, vooral uit het onderste uterussegment. Goede uterus-contractie. Diepe hechtingen door serosa en muscularis; daarover enkele Lembert'sche naden. Kleine bekken volgeloopen met helder vrucht-

water, dat met steriel gaas wordt opgezogen. Buiknaad in twee étages en uitwendig agrafage.

In 't begin der narcose nog een aanval van ademkramp; na de operatie geen aanval meer. De temperatuur was 's avonds 8 uur 39°, om 11 uur 39°8; volgenden morgen 11 uur nog 39°7, doch daalde daarna successievelijk tot onder 36°5, om den 3den dag nog even boven 38° te komen.

Den eersten nacht werd de ademhaling reeds kalmer; den volgenden morgen slikte de vrouw melk, lepeltjesgewijs, en reageerde zij op het appliceeren van den katheter. Er kwam bijna 500 C.c.m. urine, met ± $3\frac{1}{2}$ °/₀₀ eiwit. Den tweeden dag gebruikte zij $1\frac{1}{2}$ Liter melk en kwam er 1200 C.c.m. urine met 1°/₀₀ eiwit. 's Morgens van den tweeden dag sprak pat. weer en waren er flatus; 's avonds op glycerine-spuitje een weinig faeces.

Alles ging dus naar wensch, behalve de lochiën. Toen deze den eersten dag geheel uitbleven, werd in verband met het moeilijk loslaten der vliezen gevreesd voor afsluiting van het cervikaalkanaal, en daarom na carbol-vaginaal-irrigatie op geleide van de vingers een sonde door de cervix gevoerd; 's nachts daarop vrij wat bloederige lochiën.

De derde dag bracht ons een alleronaangenaamste verrassing, waarop absoluut niet meer gerekend was. 's Nachts had pat. weer geen lochiën gehad, 's morgens klaagde zij over hoofdpijn; de temperatuur was om 8 uur 37°5, om 11 uur 36°2; op dat uur zag ik haar nog en vond den pols weer meer gespannen; daar er nog weinig defaecatie was geweest, werd een waterlavement voorgeschreven, evenwel zonder resultaat. Daarna viel zij in slaap, en kreeg om kwart vóór 12 plotseling een allerhevigsten eklamptischen aanval, onmiddellijk door andere gevolgd; binnen een half uur vier aanvallen; de eene nauwelijks afgeloopen, als weer een nieuwe begint. Deze aanvallen hadden een zeer bijzonder type; zij begonnen met kleine schuddingen en rechtsdraaing van 't hoofd; dan zeer lichte clonische krampen van den linkerarm, waarbij de rechterarm als paralytisch bleef liggen; ten slotte algemeene clonische krampen. Van 't begin af aan was pat. weder diep comateus. Therapeutisch werd eerst weer morphine gegeven, subcutaan, in 't geheel 70 mgr.; doch toen zelfs deze hoeveelheid absoluut niets uitwerkte tot chloroform-toediening overgegaan. Wanneer dadelijk bij de eerste verschijnselen enkele druppels chloroform werden toegediend, gelukte het in den regel, den aanval verder te coupeeren. Na 2 uur was geen chloroform meer noodig.

Inmiddels was naar eventueele oorzaken gezocht, zonder dat het gelukte die te vinden. De buikwond was volkomen rustig; abdomen

slap; uterus nog wat groot, reikte tot aan den navel; digitaal vaginaal onderzoek deed niets bijzonders ontdekken; nogmaals invoeren van Doléris' katheter en uterus-irrigatie gaf weinig resultaat. Daar ook aan een faecale oorzaak kon gedacht worden, werd een clysma laxans gegeven, waarop om 7 uur ruime defaecatie volgde.

Te half acht was de respiratie weer rustig, slikte pat. weer melk en bewoog zich een weinig. De urine, 's avonds opgevangen, bleek slechts 1°/₀₀ eiwit te bevatten.

De temperatuur maakte zeer groote sprongen. 's Morgens 11 uur, vóór de aanvallen, was zij 36°2, 's middags 2 uur, dus onmiddellijk nà de aanvallen, 39°5; den dag daarna daalde de temperatuur 's nachts weer tot 36°2, steeg daarna weer en bleef om 38°—37°5 schommelen, om na den 10den dag zelfs tot 39° te stijgen. Nadat zich den 14den dag een groote nekrotische prop uit een decubitus van de linker bil had afgestooten, werd de temperatuur normaal en bleef normaal.

Onder absoluut melkdieet nam het proces overigens een normaal beloop. Den 6den dag werden de agrafen verwijderd: volkomen prima intentio; uterus normaal geïnvolveerd. Den 9den dag was er in de urine nog slechts een spoor van eiwit. Lochiën kwamen er in 't geheel zeer weinig; wel kwamen er gaandeweg een paar kleine stukjes vliezen los. Had de diepe nekrose door decubitus van de bil het geval niet gecompliceerd, zoo zoude pat. reeds na drie weken genezen het ziekenhuis hebben kunnen verlaten.

Bij haar ontslag bleek de uterus vrij beweeglijk in retropositie te liggen, niet vergroeid met het lineaire litteeken van den buikwand.

Ik heb dit geval zoo uitvoerig medegedeeld, in hoofdzaak met het oog op het plotseling optreden van de allerheftigste eklamptische aanvallen bijna 3 dagen post partum, bij vrij ruime diurese onder absoluut melkdieet, terwijl het eiwitgehalte van 12 tot 1°/₀₀ was gedaald en ook na de aanvallen bleef; en voorts om de aandacht te vestigen op het even plotseling ophouden der aanvallen.

Resorptie van sterk met toxinen bezwangerde oedemen kan niet de oorzaak zijn geweest: pat. had absoluut geen oedemen; stase van lochiën, behalve een paar stukjes vliezen, was er niet, evenmin van urine.

Toch kan mijns inziens alléén een mechanisch moment dit plotseling optreden en verdwijnen veroorzaakt hebben, en in de eerste plaats moet daarbij gedacht worden aan sterke vulling van den darmtractus en eventueelen druk van den puerperalen uterus op de ureteren. Ook scheen mij het eigenaardig type van deze aanvallen, waarin de tonische krampen alléén vertegenwoordigd zijn door rechtsdraaiing van het hoofd, terwijl de clonische krampen linkszijdig begonnen, der mededeeling waard.

En ten slotte wil ik op het goed recht wijzen der S. C. als therapeutisch ingrijpen bij sommige gevallen van eklampsie. Het is mijn vaste overtuiging, dat in dit geval de Sectio Caesarea der moeder het leven heeft gered; het is alléén te bejammeren, dat zoo lang is afgewacht en de operatie niet eerder is geschied; wellicht ware dan ook het kind in 't leven behouden.

Te lang afwachten of de natuur door het dooden van de vrucht de moeder van hare eklampsie zal bevrijden, kan der moeder het leven kosten.

Ik kan mij dan ook volkomen vereenigen met de stelling, waarmede Sippel zijn bovengenoemd artikel sluit: „In der kritisch „aktiven Therapie, welche allem Anschein nach bei der Behandlung „schwerer Eklampsie in Zukunft gelten wird, muss auch der Kai„serschnitt seine berechtigte Stellung finden, wenn auch nur selten „die Bedingungen für seine Ausführung vorhanden sein werden".

De heer Kouwer zegt, dat hij zich in dit geval wel met de indicatie tot de S. C. vereenigen kan. Het komt hem echter voor, dat dit geval niet het nut bewijst der S. C. ter bestrijding van de eklampsie, daar de aanvallen later weer optraden. De mechanische verklaring door den heer Ribbius van dit laatste gegeven is wel te verdedigen en ook wel te bestrijden. Men kan de verklaring ook zoeken in het nog niet hersteld zijn van het verbroken evenwicht. Het lichaam is nog overvuld met vergiften en de excretie-organen zijn nog niet normaal. Het is dus wel begrijpelijk, dat het nog eens tot een uitbarsting komt.

Wellicht had in dit geval, behalve de S. C. in gewonen zin, ook de vaginale S. C. in overweging genomen moeten worden.

Dat de S. C. een plaats moet behouden in de therapie der eklampsie, valt niet te bestrijden; Spreker wil er echter op wijzen, dat zij alleen voor uitzonderingsgevallen past. Stelt men zich op het standpunt van vroeg opereeren, dan zou men bij elk geval van eklampsie S. C. moeten doen.

De heer Treub sluit zich hierbij aan. Reeds voor 8 of 10 jaar heeft hij deze quaestie ongeveer op dezelfde wijze geformuleerd. Een van de twee. Is de S. C. het middel bij uitnemendheid tegen eklampsie, dan moet men haar in alle gevallen toepassen. Is zij dat niet, dan moet men haar sparen voor speciale indicaties. De operatie sluit nog altijd zooveel gevaren in, dat zij alleen onder bijzondere omstandigheden gerechtvaardigd is. Men heeft dan te maken met een S. C. bij eklampsie, niet met een S. C. ter bestrijding van eklampsie. Hij zou dus de stelling Sippel—Ribbius zóó willen lezen, dat onder bepaalde omstandigheden de S. C. bij eklampsie aangewezen kan zijn.

Wat de vaginale S. C. betreft, Spreker had in die richting nog niet gedacht. Het kan zijn, dat die operatie onder sommige omstandigheden minder gevaar oplevert voor de vrouw.

De heer Schoemaker deelt mede, dat hij eenigen tijd geleden eveneens S. C. bij een eklamptica heeft verricht. Het was een I para, die Zaterdagavond om 5 uur den eersten aanval kreeg. Zondagmiddag te twee uur werd, bij nog staande cervix, de operatie verricht. Na de S. C. is geen enkele aanval meer opgetreden.

De heer Kouwer vraagt, in welken toestand de vrouw verkeerde.

De heer Schoemaker antwoordt: Slecht, zij was diep comateus; met frequenten zeer slappen pols. De operatie werd zonder narkose verricht. Daarna werd een zoutwater-inspuiting gegeven.

De heer Kouwer merkt op, dat ook in dit geval de operatie wegens dreigend levensgevaar voor de vrouw werd verricht.

De heer Schoemaker bevestigt dit. Hij merkt voort op dat bij een I gravida de vaginale operatie toch ook een ingrijpende zaak is vooral wanneer het hoofd nog hoog staat. De S. C. is z. i. niet zoo'n geweldig ingrijpen.

De heer Kouwer repliceert, dat de S. C. toch een reeks van gevaren insluit, die bij de vaginale operatie wegvallen; in de eerste plaats het infectie-gevaar, dat bij S. C. veel noodlottiger gevolgen heeft.

De heer Ribbius wenscht in zijn repliek nog een paar woorden te zeggen over het stellen der indicatie. Zijn bedoeling is, de operatie te bewaren voor gevallen met gesloten cervix. Maar overigens heeft hij wel degelijk bedoeld de indicatie ruimer te stellen, dan tot dusverre is geschied. Waar wij tegenwoordig bij verschillende obstetrische operaties, speciaal bij de behandeling van placenta praevia, méér rekening houden dan vroeger met het leven van het kind, is Spreker van meening, dat wij ook bij de behandeling der eklampsie dit beginsel tot zijn recht moeten doen komen. Wanneer bij eklampsia gravidarum de indicatie voor S. C. vroeger wordt gesteld, wordt de kans op levende kinderen vermeerderd.

Wat de differentieele indicatie tusschen de abdominale en de vaginale operatie betreft, in het gegeven geval, waar de schedel nog met een groot segment boven den ingang stond, en dus een zware tangextractie nà de vaginale incisie had moeten volgen, meent hij dat deze operatie slechter prognose zou gegeven hebben dan de S. C.

Wat het effect der operatie betreft, meent hij te kunnen volhouden, dat wel degelijk het leven der vrouw door de operatie is gered. De algemeene toestand was zóo slecht, dat de exitus weldra te verwachten scheen.

Voor de later optredende aanvallen blijft hij, waar de diurese

beter en het eiwitgehalte minder werd, een mechanische oorzaak het meest waarschijnlijk achten.

De heer Treub laat een krachtig protest hooren tegen de uitbreiding der indicatie voor de S. C., die de heer Ribbiuis voorstelt. De S. C. is een dankbare en een gemakkelijke operatie, en daardoor verleidelijk; maar zij legt den operateur een groote verantwoordelijkheid op. Wij hebben streng te waken tegen slappe of onjuiste indicaties. Spreker heeft achtereenvolgens 17 gevallen met goed succes geopereerd, en daarna, in een periode van draadettering, twee gevallen achter elkaar verloren.

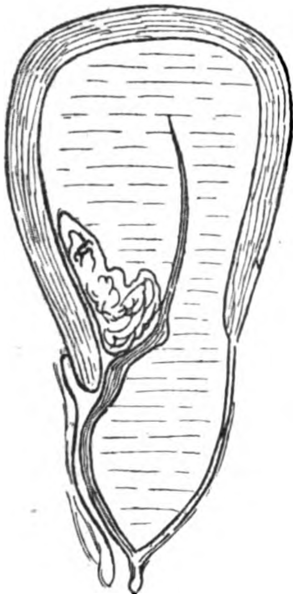
Wanneer de heer Ribbius het leven van het kind als factor invoert, waarmee rekening moet worden gehouden, dan vindt Spreker dat hoogst bedenkelijk, omdat dit argument even pakkend is als valsch. Bij eklampsie is de levenskans van het kind per se slecht. Men heeft meestal met eklampsia gravidarum, dus met onvoldragen kinderen te doen. En de morphine-therapie, waarmede iede.en, — ook de heer Ribbius — bij eklampsie begint, werkt op het leven van het kind zóo pernicieus, dat dit gecompromitteerde leven de schaal niet mag doen overslaan ten gunste eener operatie, die het leven der moeder aan grooter gevaren blootstelt.

De heer Kouwer onderschrijft de woorden van den heer Treub. De statistiek van Halbertsma, den vader der operatie, heeft, voor zooverre hij zich herinnert, niet het bewijs geleverd, dat de prognose voor de kinderen er zooveel bij wint.

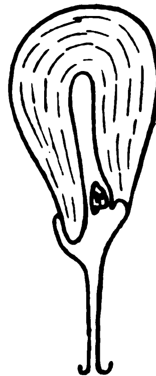
De heer Ribbius deelt hierop nog een geval mede van haematopyokolpos lateralis. De patiënte, II para, 36 jaar oud, had voor eenige maanden een dubieusen abortus gehad. Begin Sept. kreeg Spreker haar in behandeling. Zij was weer ongeveer 4 mnd. gravida geweest en had vuile, waterige afscheiding gehad, die in den laatsten tijd stinkend was. Met eenige vloeiing was het vruchtje uitgestooten, dat ongeveer 3 md. oud was. Bij onderzoek blijkt, dat door sterke uitpuiling van den voorwand der vagina de portio met moeite te bereiken is. Geen bloeding. Abdomen sterk opgezet. Katheter geeft weinig urine. Bij opname 's namiddags 28°2. De katheter geeft nu 900 c.cM. urine. In de meening, dat de in den voorwand uitpuilende massa door een vaginaal-cyste veroorzaakt werd, verrichtte Spreker een kleine punctie, waarbij 150 ccM. stinkende, oud-bloederige pus werd verwijderd. Uit vrees dat de uterus zou worden geinfecteerd, werd nu de vagina met jodoform-gaas getamponneerd, in de hoop, dat de punctie-opening zich zou sluiten. Twee dagen later klom de temp. tot 39°. De punctie-opening was gesloten, en de losliggende placenta kon met een polyptang worden verwijderd. Achter de placenta volgde een stroom van stinkenden etter.

Hierdoor werd waarschijnlijk, dat er communicatie bestond tusschen de cyste en den uterus.

Eerstgenoemde werd een paar dagen later ruim geopend. Daarbij bleek, dat er inderdaad communicatie met den uterus bestond, en dat de uitpuilende wand een septum vaginae was. Nadat het septum was weggeknipt, kwam een tweede portio voor den dag, heel klein, met fijne opening. Het verschil in hoogte der beide portiones bedroeg 2 cM. De cervix was circa 4 cM. hoog. Daarboven een enkelvoudig cavum uteri.



Voor de uitstooting der placenta.



3 weken post abortum.

Na de extractio placentae heeft de temperatuur 38° niet meer bereikt.

Het uitgeknipte, dikke septum blijkt mikroskopisch te bestaan uit een doorloopende spierlaag met aan weerszijden een meerlagig epithelium.

Wij hebben in dit geval dus te doen gehad met een haematopyokolpos lateralis met haematopyometra totalis.

Volgens Pozzi ligt de laterale haematopyokolpos in 20 van de 28 gevallen rechts; in dit geval liep zij spiraalvormig om de vagina, van vóor naar links.

De heer Treub heeft dit geval met buitengewone belangstelling gehoord. Hem is geen tweede geval bekend, dat een dubbele cervix in een enkelvoudigen uterus uitmondt.

De heer Ribbius zegt, dat hier misschien aanvankelijk een uterus septus heeft bestaan, en dat wellicht het tusschenschot door etterige versmelting verdwenen is.

Mej. van Tussenbroek herinnert zich voor eenige jaren in de kliniek van Dr. Mendes de Leon een patiënt te hebben gezien met een dubbele portio. Wanneer door beide cervices gelijktijdig een sonde werd gevoerd, dan kon men de twee metalen sondes op elkaar laten tikken; er bestond dus ook in dat geval een enkelvoudige uterus.

De heer Treub vindt de merkwaardigheid vooral in de aanwezigheid van een vaginaalseptum bij afwezigheid van een septum in den uterus.

Dr. Mendes de Leon herinnert zich het door Dr. van Tussenbroek gecommemoreerde geval heel goed. De vrouw was in de kliniek opgenomen wegens onvolkomen abortus aan den eénen kant. Er bestond in dat geval geen septum vaginae.

De heer Ribbius heeft de communicatie in zijn geval vastgesteld door aan de eene zijde in te gaan met de sonde, en aan de andere zijde den katheter van Doleris in te voeren. De communicatie bestond aanvankelijk alléen in den fundus. Later was het septum veel korter geworden en eindigde vlak boven de cervix.

De heer Kouwer vraagt, hoe het vaginaal-septum zich gedroeg, toen de patiënte hersteld was en de beide portiones in 't speculum à vue werden gebracht.

De heer Ribbius zegt, dat het septum geheel was weggeknipt. Alleen de rand was nog zichtbaar.

De heer Vermeij oppert de mogelijkheid, dat in dit geval een absces bestond in den wand-zelf van den uterus, en dat hierdoor een septum werd gesimuleerd.

De heer Ribbius zegt, dat het mikroskopisch onderzoek van het vaginaalseptum daartegen pleitte; dit bestond uit een doorloopende spierlaag, aan beide zijden bekleed met vaginaal-epitheel. De discussie over het onderwerp wordt hiermee gesloten.

Dr. Vermeij doet nu de volgende mededeeling van eene in Juni 1900 door hem geopereerde extra-uterine zwangerschap.

Mej. R., 25 j., ongehuwd, werd in den ochtend van 4 Juni 1900 onder zeer alarmeerende verschijnselen in het Burgerziekenhuis gebracht.

Haar bleek, angstig gelaat, de frequente doch tamelijk goed gevulde pols, de gelijkmatig opgezette, hard aanvoelende buik, die vooral rechts uiterst pijnlijk was en schijnbaar vrij vocht bevatte, deden eene peritonitis vermoeden.

Aan het opnemen eener anamnese viel bij den treurigen onrustigen toestand, waarin pat. verkeerde, niet te denken. Van degenen, die haar brachten, vernamen wij, dat zij in den nacht van 2 op 3 Juni omstreeks 5 ure onder een vroolijk en gezellig samenzijn, plotseling ontzettende pijn in den buik had gevoeld en heftig was gaan braken. Meer vernamen wij toen niet. Van een breuk was niets bekend en werd ook niets gevonden. Een trauma werd evenmin aangegeven. De urine, per katheter ontlast, vertoonde geen afwijkingen, bevatte geen albumen. Zoo goed mogelijk werd nog vaginaal en rectaal onderzocht; waarbij eene weeke portio en een, althans niet van belang vergrooten, uterus gevonden werd.

De weeke portio deed in verband met de persoonlijkheid van patiënte en het verhaal van het nachtelijk vroolijk samenzijn aan

eene graviditeitskwestie denken. Een abortus provocatus met perforatie van den uterus zou de oorzaak hebben kunnen zijn. Er bleek echter niets van sanguinolente afscheiding. Eene extra-uterine graviditeit zou door bersting van den vruchtzak tot dergelijke verschijnselen aanleiding hebben kunnen geven. Alleen de vrij goed gevulde pols wees niet op sterk bloedverlies.

Hoe het ook ware, de toestand van patiënte werd na hare opname slechter in plaats van beter; zoodat wij besloten nog dienzelfden middag laparotomie te doen.

Even vóór dat wij zouden beginnen, kwam nog de beminde van pat. met iets aandragen, dat in hare kleeren was gevonden en dat hij voor darm hield, doch dat veel geleek op deciduaweefsel. Verder vernamen wij nog, dat zij tot Februari steeds geregeld had gemenstrueerd, meestal zeer overvloedig en met erge pijn gepaard; doch dat na dien tijd, het was toen Juni, de periode niet meer was teruggekeerd. Pogingen om deze kunstmatig op te wekken werden ten stelligste ontkend. Wel had pat., modiste van beroep, een zeer wild en ongeregeld leven geleid. Vóór 4 weken had zij op een wip zittende, plotseling pijn in de rechter zijde gevoeld; zonder er verder echter veel notitie van te nemen. De mogelijkheid van graviditeit werd niet ontkend.

Het vermoeden op eene geaborteerde extra-uterine graviditeit was dus zeer groot.

Bij de operatie bleek reeds aanstonds eene oedemateuse zwelling van het praeperitoneale bindweefsel te bestaan. Na opening van het gezwollen hyperaemische peritoneum ontlastte zich vloeibaar bloed. Tal van bloedcoagula lagen op en tusschen de intestina. Na verwijdering van deze stootte men op een gespannen blaas, die bij aanraking berstte. Tegelijkertijd glipte een foetus naar buiten; terwijl de navelstreng dicht bij haar implantatie in de diepte afscheurde.

Na verwijdering van nog tal van coagula zag men den eenigzins vergrooten uterus en rechts daarvan eene vaste weefselmassa, die voor de aanhechtingsplaats der placenta werd gehouden. Op zij daarvan zag men het rechter ovarium en het abdominale einde der tuba. De bovengenoemde weefselmassa, die geïmplanteerd was in het rechter ligamentum latum, werd met de daarin overgaande tuba en het rechter ovarium na halvemaanvormige afklemming en afbinding verwijderd. Na nogmaals de buikholte te hebben gereinigd, werd deze op de gewone wijze met etagenaad gesloten. Het toeval wilde, dat eenige dagen te voren collega van Tussenbroek haar wensch had te kennen gegeven om bij voorkomende gelegenheid een bevrucht ei in de eerste maanden der ontwikke-

ling ter onderzoek te mogen ontvangen. Ik had toen niet gedacht zoo spoedig aan haar verlangen te kunnen voldoen en ben nu dubbel blij; daar er, zooals u hooren zult, een zoo belangrijk onderzoek harerzijds op gevolgd is.

De patiënte is, helaas! den 4den dag na de operatie onder toenemende peritonitische verschijnselen gesuccombeerd.

Wij waren echter daardoor in de gelegenheid het geheele inwendige genitaalapparaat te verwijderen en aan collega van Tussenbroek te zenden, die u het resultaat van haar onderzoek zal meedeelen.

Dr. van Tussenbroek voegt hier het volgende aan toe.

Ik moet eerlijk bekennen dat ik, aan het merkwaardige praeparaat dat Dr. Vermey zoo vriendelijk was mij ter onderzoek te zenden, in 't begin geen touw wist vast te knoopen. Het sectiepraeparaat van de rest der genitalia interna, dat eenige dagen later kwam, in verband met het histologisch onderzoek van operatie- en sectie-praeparaat beide, hebben mij echter zoo ver op weg geholpen, dat ik meen het geval anatomisch en klinisch te kunnen verklaren, al blijven wat de détails betreft, vele vraagteekens staan.

Als product van de operatie kreeg ik de volgende afzonderlijke stukken.

1°. de naakte foetus, blijkbaar geheel versch en goed ontwikkeld; 17 cM. lang; genitalia externa herkenbaar als mannelijk. Leeftijd dus einde 4de of begin 5de maand, overeenstemmend met anamnese (zie fig. 1).

2°. Een vliezige zak, grootendeels uit twee lagen bestaande, op sommige plaatsen uit een enkele laag. Deze zak, blijkbaar uit amnion en chorion gevormd, is op drie plaatsen geopend. De grootste opening is hoogst waarschijnlijk de plaats waar de vliezen aan de circumferentie der placenta vast hebben gezeten. De kleine, ronde opening is wellicht het gaatje waar de navelstreng van de placenta is afgescheurd. De navelstreng wordt, vermoedelijk in volle lengte (16 cM.) aan den foetus teruggevonden.

3°. Een donkerkleurig, op doorsnede gemarmerd weefselstuk, dat makroskopisch den indruk maakt van door bloedcoagula en infarcten tot een compacte massa saamgebakken placentaweefsel. Microscopisch onderzoek bevestigt dit vermoeden.

4°. Het eigenaardige weefselstuk, dat de adnexen der rechterzijde representeert, en dat ik u, dank zij de kunstvaardigheid van den heer Hofman, behalve in natura, ook als voortreffelijke photographie kan vertoonen (zie fig. 2 en 3). Terwijl de vroeger genoemde stukken, te midden van bloedcoagula vrij uit de buikholte werden opgeschept, is dit stuk door den operateur uit zijn verbin-

ding losgemaakt. Het praeparaat bestaat in hoofdzaak uit een zeer vast, gelijkmatig hard weefselstuk, dat ongeveer den vorm van een kegel met groot grondvlak en geringe hoogte heeft (fig. 2). Als aanhangsel aan dezen kegel, met zijn mediane pool daaraan bevestigd, bevindt zich het rechter ovarium, dat aan zijn laterale pool een corpus luteum draagt. Onder het ovarium, en daarvan gescheiden door een mesosalpinx die door manipulaties bij de operatie gedeeltelijk van zijn sereus bekleedsel is beroofd, vindt men het periphere einde van de tuba, eindigend in een vrij ost. abdominale (fig. 2 en 3 *o. a. t.*). De hiaten, die bij *a*, *bc*, *d* en *e* in de tuba worden gevonden, zijn kunstmatig en te wijten aan het uitsnijden van stukjes voor het mikroskopisch onderzoek. Mediaanwaarts zet de tuba zich op den massieven kegel voort, in dien zin, dat zij als rolronde streng de buitenste circumferentie van zijn grondvlak omgeeft (fig. 2 *t e t'*). Zoo schijnt het ten minste makroskopisch. En aan het versche praeparaat kon inderdaad een dunne sonde van het ostium abdominale uit een eindweegs in den rolronden streng worden ingevoerd. Het kegelvormig weefselstuk is met serosa bekleed, met uitzondering van twee gedeelten. Het eene van serosa ontbloote gedeelte is een dunne strook, loopend van den top van den kegel naar beneden, achter het ovarium (fig. 2 *f*). Het is de steel, waar het weefselstuk van den uterus is afgeklemd. Het tweede niet met serosa bekleede gedeelte is de geheele ondervlakte van den kegel (zie fig. 3 *g*). Deze was bij de operatie naar de vrije buikholte gekeerd. De serosa houdt plotseling op aan de circumferentie van het grondvlak van den kegel, en vertoont bij zijn grens een onregelmatige, blijkbaar afgescheurde lijn. Het grondvlak is geheel bezet met een onregelmatig, sponsachtig weefsel. Het is reeds makroskopisch duidelijk, dat dit grondvlak de aanhechtingsplaats der placenta is geweest.

5°. Ten slotte ontving ik nog het bandvormig weefselstuk, dat in de kleeren der patiënte was gevonden, en dat mikroskopisch een stuk uterine decidua bleek te zijn.

Deze verspreide fragmenten moesten in hun onderling verband worden teruggebracht, ten einde te komen tot de beantwoording van de vraag: met welken vorm van ectopische zwangerschap hebben wij hier te doen gehad.

Een gewone tubairzwangerschap is het zeker niet. Niet alleen, dat er geen zakvormige verwijding van de tuba te zien is, maar een eigenlijke vruchtzak ontbreekt geheel. Toch moet de vrucht een moederlijk omhulsel gehad hebben dat, bij zijn bersting, de peritoneaalholte met bloed heeft geinondeerd en het ei in stukken heeft doen breken.

Van dezen vruchtzak nu vinden wij niets terug, dan het zooeven beschreven kegelvormige weefselstuk, dat op zijn grondvlak de resten van placentaweefsel draagt. Wij vonden dezen weefselklomp in innig verband met tuba en ovarium en met serosa bekleed: hij zit dus tusschen de platen van het lig. latum, dat van de circumferentie van zijn grondvlak rondom is afgescheurd.

Denken wij ons nu de placenta, die afzonderlijk in de buikholte gevonden werd, op zijn aanhechtingsplaats terug; denken wij ons in hun natuurlijk verband daarmede, de foetale eivliezen en daarbinnen den foetus, denken wij ons dit alles gevat binnen de platen van het lig. latum, dat van den intraligamentairen weefselkegel naar den bekkenbodem is uitgespannen, dan hebben wij vóor ons het beeld van een intraligamentaire zwangerschap. Bij de bersting van het sereuse omhulsel moet dit rondom van het aanhechtingsvlak der placenta zijn afgescheurd, en konden de dunne peritoneaalplaten zich zoodanig op den bekkenbodem retraheeren, dat er bij de operatie geen vruchtzak gevonden werd.

Aanleiding tot de catastrophe is wellicht een retroplacentaire bloeding geweest, die de placenta foetalis van zijn moederlijk hechtvlak heeft losgewoeld. De spanning in den vruchtzak zou daardoor zoo sterk kunnen zijn vermeerderd, dat bersting der peritoneaalplaten volgen moest. Ook een omgekeerde gang van zaken is denkbaar. Het kan nl. wezen, dat de scheuring van den vruchtzak is voorafgegaan, en dat de daarvan afhankelijke drukkingsvermindering binnen het ei zoodanige bloedovervulling van de placenta veroorzaakt heeft, dat de continuiteit van het weefsel dientengevolge werd verbroken, en de foetale placenta losgemaakt. Hoe dit zij, een gebersten intraligamentaire zwangerschap dunkt mij de eenige aannemelijke verklaring voor het geheel verdwijnen van den vruchtzak.

Dat het bevruchte ei tusschen de beide peritoneaalplaten van het lig. lat. tot ontwikkeling kan komen, is reeds meer dan een eeuw lang bekend. In de gynaecologische literatuur over de gansche wereld zijn van dezen zwangerschapsvorm voorbeelden gepubliceerd. Al wat geboekt staat als intra-ligamentaire, extra-peritoneale, tuboligamentaire of subperitoneo-pelvicale zwangerschap behoort tot deze categorie.

Het eerste goed beschreven geval van extra-peritoneale ontwikkeling van een ei tusschen de platen van het lig. latum is waargenomen door Madame Lefort, en tegen het einde der vorige eeuw gepubliceerd door Bergeret [1]). Madame Lefort toonde aan,

---

[1]) Volgens Clarence Webster (zie Eiermann's Duitsche vertaling van diens „Ectopic Pregnancy", waaraan ook de latere citaten van Webster's werk ontleend

dat deze vorm tot stand komt, door de uitbreiding eener tubairzwangerschap in de ligg. lata.

Lawson Tait [1]) legde nadruk op ruptuur van de tuba als oorzaak voor intra-ligamentaire zwangerschap. Door scheuring van de tuba aan de zijde van de mesosalpinx treedt het ei binnen de platen van den breeden band. In zijn classificatie der ektopische zwangerschap sluit Clarence Webster zich bij deze opvatting aan. Secundaire ruptuur van het lig. latum kan later den foetus in de vrije buikholte drijven.

Onder de gevallen van intra-ligamentaire zwangerschap, die min of meer uitvoerig zijn gepubliceerd, noem ik dat van Schuchardt [2]), wiens waarneming eindigde met ruptuur in de buikholte en verbloeding der vrouw in de 4de zwangerschapsmaand. Schuchardt vergelijkt zijn geval met een soortgelijke waarneming van Spiegelberg [3]), waar de foetus intra-ligamentair tot volle ontwikkeling kwam, en trekt uit die vergelijking de conclusie, dat secundaire ruptuur in de buikholte onvermijdelijk volgen moet in die gevallen, waar het ei door primaire ruptuur van de tuba binnen de platen van het lig. latum is geraakt, terwijl de kans op voortgezette ontwikkeling van het ei alleen in die gevallen is gegeven, waar de tuba-wand bij de uitbreiding van het ei in den breeden band zijn continuïteit heeft bewaard. In het geval van Spiegelberg zou de spierwand van de tuba onder invloed der zwangerschap sterk zijn gehypertrophiëerd [4]). In dat van Schuchardt was de onderste pool van het ei onmiddellijk omgeven door het retroperitoneale bindweefsel.

Berry Hart [5]) legt voor de voortgezette ontwikkeling van het ei op een anderen factor gewicht, n.l. op de ontwikkelingsplaats der placenta. Ligt de placenta in de tuba onder den foetus, en komt het tot ruptuur in het ligament, zonder dat de foetus sterft, dan groeit de placenta verder door naar beneden in het retroperitoneale bindweefsel, waar zij een gunstigen bodem vindt. Ligt de placenta aan de bovenzijde, dan wordt zij, bij de omvangstoename van het

---

zijn), is dit geval te vinden in Baudelocque „L'art des Accouchements" 6de editie, Bd. II p. 460. In de 5de editie, die ik er op nasloeg, staat het niet.

[1]) „Diseases of Women and Abdominal Surgery" 1889, Bd. I.

[2]) Virchow's Archiv Bd. 89.

[3]) Archiv für Gynaec. 1870, Bd. I.

[4]) Het histologisch onderzoek van het overigens zeer nauwkeurig waargenomen geval van Spiegelberg schijnt zich bepaald te hebben tot het aantoonen van spiervezelen in maceratie-praeparaten. Van mikroskopische doorsneden wordt niet gesproken. De dikte van den vruchtzakwand schommelde tusschen 1,5 en 3 mM. (Zie Spiegelberg l. c. p. 410).

[5]) Zie Clarence Webster (Duitsche vertaling bl. 35).

ei, geleidelijk uit het kleine bekken opgelicht, en deze verschuiving voert licht tot vernieling van placentair-weefsel en tot circulatiestoornissen, die de voeding van den foetus benadeelen.

In ons geval moet de placenta boven hebben gelegen, daar zij haar aanhechtingsvlak had aan de geheele ondervlakte van den vasten weefselklomp, die tusschen het bovenste deel van den breeden band was gevat. De aanwezigheid van deze vaste weefselmassa is echter iets zóo exceptioneels, dat zij elke vergelijking van ons geval met in de literatuur beschreven waarnemingen mank doet gaan.

Het was dus noodig, eerst den aard van dit weefselstuk vast te stellen, en te zien, welk verband het kon hebben met het ontstaan en de ontwikkeling der extra-uterine graviditeit. Zooals wij vroeger zagen, zet het vrije abdominale einde van de tuba zich op den tumor voort, en slingert zich om zijn rand. (Zie fig. 2 *t t e t'*). Het verband tusschen tuba en tumor moest nu histologisch worden vastgesteld. De vraag moest worden beantwoord: zet het tuba-lumen zich werkelijk voort in de streng, die makroskopisch voor tuba imponeert; vertoont dit tuba-lumen veranderingen, die op zwangerschap wijzen, en kan er wellicht een continuiteits-onderbreking worden gevonden, waardoor het eitje uit de tuba binnen de platen van het lig. latum is geglipt?

Daar de ideale eisch van een coupe-serie door den geheelen tumor met de tuba technisch zooal niet onuitvoerbaar dan toch met mijne hulpmiddelen onbereikbaar was, bepaalde ik mijn plan van onderzoek op het snijden en nakijken van stukjes tuba, telkens op gelijkmatigen afstand geëxcideerd (zie fig. 2 bij *a*, *bc*, *d* en *e*)

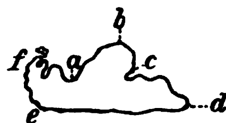
De stukjes bij *a* en *bc* geëxcideerd, vallen in het vrije stuk van de tuba; bij *d* en *e* zit de tuba op den weefselklomp vast. De tuba is daar met een flink stuk van het omringende weefsel geëxcideerd. Bij het mikroskopisch onderzoek dezer stukjes wachtte mij een reeks van verrassingen.

Het mikroskopisch beeld van de tuba bij *a* is volkomen normaal (zie fig. 4). De in de nabijheid van het ost. abd. sterk geplooide mucosa vertoont zich op dwarse doorsnede met talrijke fijne uitloopers en vertakkingen, door een normaal slijmvlies bekleed. De mucosa is omgeven door een in hoofdzaak ringvormig gerangschikte, dunne muscularis, en deze door het zeer losse subsereuse bindweefsel, dat in zijn aan de muscularis grenzende laag de bloedvaten herbergt. Het sereuse bekleedsel is aanwezig in de linker helft, doch ontbreekt rechts in de coupe. Deze laesie is een artefact, tijdens de operatie, waarschijnlijk bij 't afklemmen van den steel (zie *f* in fig. 2) veroorzaakt.

Terwijl fig. 4 geen histologische afwijking aanbiedt, treft ons in fig. 5 (afkomstig van het geëxcideerde tuba-stuk bij *bc*) een in 't oog springende anomalie. Wij zien daar nl. het tuba-lumen verdubbeld. Dat wij hier met verdubbeling, niet met het dubbel getroffen zijn eener sterk geslingerde tuba hebben te maken, blijkt 1°. makroskopisch uit het gestrekte verloop van de tuba, en 2°. mikroskopisch uit het feit dat de spierwand der beide lumina, waar deze aan elkaar grenzen, in elkaar loopt, zoodat men de beide lumina niet van elkaar zou kunnen scheiden zonder kunstmatig klieven van den tusschenwand. Ieder op zichzelf beschouwd zijn de beide kanalen volkomen normaal. De mucosa met zijn plooien vertoont het gewone beeld. De muscularis, in hoofdzaak concentrisch gerangschikt, is wat dikker dan zij in dit deel van de tuba pleegt te wezen, maar overigens volkomen normaal. De subserosa met zijn dikke bloedvaatwanden vertoont geenerlei afwijking. Het peritoneum ontbreekt aan de eene zijde, evenals in fig. 4, en uit gelijke oorzaak.

In fig. 6, welke coupe eveneens valt tusschen *b* en *c*, zien wij een derde lumen opgetreden. Omtrent de histologische structuur kan verwezen worden naar wat van fig. 5 is gezegd. Graviditeitsveranderingen ontbreken hier evenals in de vorige coupes.

Fig. 7 geeft een nieuwe verrassing. Deze coupe, ontleend aan het geëxcideerde stukje bij *d* (uit fig. 2) betreft de plaats waar de tuba zich makroskopisch tegen den rand van den tumor aanlegt en met zijn ondervlakte daarmee versmelt. Het mikroskopisch praeparaat in zijn geheel heeft den vorm van onderstaand figuurtje.



In *a b c* zit de vermoedelijke tuba-streng, *a f e* is de omgeslagen rand van het vrije grondvlak; *e d* (de basis van het mikroskopisch praeparaat) is van den tumor afgesneden en valt dus midden in het tumor-weefsel. Van *a b c* tot *d* is het praeparaat met gladde serosa bekleed.

In de teekening (fig. 7) is alleén de rolronde streng *a b c* gereproduceerd.

Men ziet (fig. 7) dat deze inderdaad de tuba herbergt, doch een tuba die op het korte traject van *c* (fig. 2) — waar hij drie lumina vertoont — tot *d* (fig. 2) sterk van gedaante is veranderd. Van de drie lumina vinden wij er slechts één (blijkens vorm en ligging waarschijnlijk de bovenste van fig. 6) terug. En dan nog belangrijk gewijzigd: het lumen vernauwd en eenigszins halvemaanvormig geworden; de slijmvliesplooien verlaagd of verstreken; het submukeuze bindweefsel versmald en verdicht; de concentrische spierlaag dik en compact. Het beeld der tuba vertoont hier veel overeenkomst

met de normale tuba in haar interstitieel verloop binnen den spierwand van den uterus.

Zooals fig. 7 te zien geeft, is de dikke concentrische spierwand, die het tuba-lumen omgeeft, door lymphspleten en losse bindweefstrooken, waarin groote bloedvaten loopen, eenigszins geïsoleerd van het rondom gelegen weefsel, dat uit onregelmatig gerangschikte gladde spierbundels bestaat, door strooken bindweefsel afgewisseld. Ditzelfde weefsel vinden wij in alle deelen van den intraligamentairen tumor terug, voor zooverre deze mikroskopisch werd onderzocht.

Trachten wij het verloop der tuba verder te volgen, dan blijkt, dat deze in de coupes, genomen van *e* (fig. 2), spoorloos verdwenen is. Makroskopisch loopt de rolronde streng hier nog op dezelfde wijze om de basis van den weefselkegel voort. Mikroskopisch blijkt, dat er geen spoor van tuba meer in deze streng bestaat. Niet slechts het lumen met zijn epitheelbekleeding ontbreekt, maar ook de kringvormige spierlaag is verdwenen. Het mikroskopisch beeld geeft niets anders te zien, dan smalle bundels glad spierweefsel, door tamelijk breede strooken van bindweefsel gescheiden, zónder bepaalde rangschikking, zooals men ze vinden kan in ieder deel van den intraligamentairen tumor, dat mikroskopisch werd onderzocht. Het reeds vernauwde tuba-lumen loopt dus hoogstwaarschijnlijk op het traject van *d* naar *e* (zie fig. 2) dood. De beide andere lumina waren bij *d* (zie fig. 7) reeds verdwenen. Waarheen deze zich hebben gewend, is moeilijk te gissen. Misschien keerden zij zich, zooals hunne ligging in de vrije tuba (fig. 6) schijnt aan te geven, meer naar beneden, zoodat zij onder den tumor belandden tusschen de platen van den breeden band. Misschien ook, vonden zij hun weg langs andere banen dan den makroskopisch zichtbaren rolronden band, langs of door den vasten tumor heen. In ieder geval, dacht mij, moesten zij te samen of éen van drieën terecht komen ter hoogte van den afgebonden steel, nabij de aanhechtingsplaats van de tuba aan den uterus. Het kwam mij dus verstandig voor, mij eerst te oriënteeren aan het sectie-praeparaat, en daar de afgebonden tuba op te zoeken. De hechtingen aan de afgebonden stomp van de rechter adnexen aan het sectie-praeparaat wezen mij gemakkelijk den weg. Tusschen deze stomp en de aanhechtingsplaats der tuba aan den uterus — den rechter tubahoek dus — sneed ik op twee plaatsen stukjes uit, die het geheele lig. latum omvatten. Makroskopisch onderscheidt men aan deze stukjes een massieve bovenste helft en daaronder een gedeelte, dat uit een zeer los weefsel bestaat, en zich geheel laat samendrukken. Schijnbaar dus de normale verhouding: in den bovenrand van het lig. latum gevat

de naar den uterus strevende tuba, daaronder het losse bindweefsel, dat normaliter tusschen de platen van het lig. latum ligt.

Mikroskopisch onderzoek leerde nu het volgende. In de streng, die de anatomische plaats is voor de tuba, wordt geen spoor van tuba gevonden. Er is geen epitheelbuis, geen lumen, geen concentrische spierlaag. De vaste streng bestaat uit dunne bundels van glad spierweefsel, alle ongeveer dwars getroffen, en dus evenwijdig aan den bovenrand van 't lig. latum naar den uterus loopend. De spierbundels zijn door bindweefselstrooken van elkaar geïsoleerd.

Het losse weefsel onder den verdikten bovenrand bestaat uit het gewone, ijle bindweefsel van den mesosalpinx met kolossale bloedvaten.

Het histologisch onderzoek van ons praeparaat heeft dus aan 't licht gebracht, dat wij met een drievoudige afwijking van de tuba hebben te doen: nl.: verdubbeling van het periphere gedeelte, atresie van het mediane gedeelte en tumor-vorming in het midden.

Het lijdt geen twijfel, dat deze anomalie op een congenitale ontwikkelingsstoornis berust. De beide andere denkbare mogelijkheden 1°. dat de geheele toestand product kon zijn van de ektopische zwangerschap en 2°. dat een postembryonale myoomvorming de oorzaak kon zijn van de andere afwijkingen in de tuba, worden door nadere beschouwing van het praeparaat gemakkelijk weerlegd.

Aan de eerste mogelijkheid hebben wij niet veel woorden te verspillen. Noch in het abdominale noch in het aan den uterus grenzende deel van de tuba (of wat daarvoor figureert) wordt eenigerlei zwangerschaps-verandering gevonden; de zwangerschap heeft op den histologischen bouw geenszins geïnfluenceerd. Evenmin heeft zij makroskopisch de mechanische verhoudingen gewijzigd; want drukking, rekking, plaatsverschuiving ontbreekt zoowel aan het periphere als aan het uterine gedeelte. Zoomin de atresie als de verdubbeling kan dus veroorzaakt zijn door de ektopische zwangerschap.

En de tumor-vorming in het middelste deel van de tuba staat evenmin met de graviditeit in verband. Natuurlijk worden, aan de ondervlakte van den tumor, waar de placenta zijn aanhechtingsvlak heeft gehad, wel degelijk zwangerschapsproducten gevonden, waarop ik aanstonds terug kom. Maar deze histologische zwangerschapskenmerken blijven tot het grondvlak van den tumor bepaald. Reeds op afstand van weinige millimeters vindt men van zwangerschapsveranderingen niets meer, en bestaat het weefsel overal uit de vroeger beschreven onregelmatig gerangschikte, smalle bundels van glad spierweefsel, door fibrillair bindweefsel omringd. Er is dus geen quaestie van, dat wij hier te doen zouden hebben met een lokale

hypertrophie van den vruchtzakwand, onder invloed der zwangerschap ontstaan. Zulke een vaste, tumorvormige wandverdikking komt bij ektopische zwangerschap niet voor. Wèl vindt men den vruchtzakwand soms lokaal belangrijk verdikt, doch dit laatste is altijd afhankelijk òf van de omstandigheid dat naburige organen bij den groei van het ei in den vruchtzakwand worden betrokken; òf van de vorming van pseudomembranen met lamelleuzen bouw, òf van bloedingen binnen den wand, en dan vooral in de buurt der placenta.

Echte spierhypertrophie van den tubawand bij ektopische zwangerschap komt misschien wel eens voor, doch wanneer men de gevallen, waarin zij beschreven wordt, op den keper beziet (o. a. het vroeger geciteerde geval van Spiegelberg) dan blijkt, dat de dikte van den vruchtzakwand daarbij tot enkele m.M. blijft beperkt.

Wij hebben hier dus wel met echte tumorvorming te doen, en wel met een tumor, waarvan de ontwikkeling nauw verband houdt met de congenitale afwijkingen aan de tuba, en waarvan de oorsprong dus hoogstwaarschijnlijk in het embryonale leven ligt; al is de mogelijkheid niet uitgesloten, dat de eigenlijke ontwikkeling van den tumor eerst nà het embryonale leven is geschied.

De onderstelling, dat de gang van zaken in omgekeerde richting zou zijn gevolgd, m. a. w. dat een postembryonale myoomvorming in de tuba de oorzaak van de geheele afwijking zou zijn, doordat zij eenerzijds het tuba-lumen verdubbeld, anderzijds dit lumen afgesloten zou hebben, kan op de volgende gronden worden weerlegd. De tumor is beperkt tot het middelste deel van de tuba. Het abdominale einde, ter lengte van 4 à 5 c.M. is geheel vrij en op normale wijze aan zijn mesosalpinx gehecht. En juist in dit vrije gedeelte vinden wij het lumen verdubbeld. Voor de atresie aan het uterine einde geldt hetzelfde argument. Ook hier is van een tumor geen sprake. De streng van spierweefsel, die in den bovenrand van het lig. latum naar den uterus verloopt en die makroskopisch de tuba simuleert, heeft wel is waar histologisch dezelfde structuur als de tumor, men kan hem dus als bandvormige verbinding tusschen den tumor en den uterus, zoo men wil als een uitlooper van den tumor beschouwen, maar een nieuwvorming die compressie uitoefenen of de tuba verdringen kon, bestaat niet op deze plaats.

Wij kunnen ons geval dus slechts op ééne wijs verklaren, nl. als aangeboren anomalie van de tuba, die oorzaak werd van de ektopische graviditeit.

Over aangeboren anomalieën van de tuba bestaat een vrij uitgebreide literatuur. De meest voorkomende afwijking is, dat de tuba door twee of meer ostiën met de buikholte communiceert. Deze

accessorische tuba-ostiën zijn volgens Kossmann, Rokitansky en anderen lang niet zeldzaam. Het accessorische ostium mondt of direct uit in het tuba-kanaal, of is door een kort zij-kanaal daarmede verbonden. Ook komt het voor, dat dit zij-kanaal niet met de eigenlijke tuba communiceert, maar in of nabij den spierwand blind eindigt.

Minder vaak voorkomend dan de accessorische ostia maar toch lang niet zeldzaam, worden de accessorische tubae (Nebeneileiter) aangetroffen. Het zijn kanalen, die in histologischen bouw overeenkomen met de tuba, en in de nabijheid van het hoofdkanaal, meestal evenwijdig daarmede, verloopen. Volgens Kossmann [1]) zouden deze accessorische tubae steeds blind eindigen, en nooit met het hoofdkanaal communiceeren.

Moge dit al regel zijn, regel zonder uitzondering is het niet. In de casuistiek, door Amann bijeengebracht, als aanhangsel van zijn „Morphogenese der Müllerschen Gänge" [2]) vind ik twee gevallen van accessorische tubae, die met het hoofdkanaal van de tuba in vrije communicatie staan. Men kan in zoo'n geval van dichotomische vertakking of van divertikel-vorming van de tuba spreken. In de beide door Amann geciteerde gevallen bezat de hoofd- en de bij-tuba elk zijn eigen ostium abdominale; de vertakking was dus naar de vrije buikholte gericht, en het onvertakte deel lag in de richting van den uterus. Ook de omgekeerde verhouding komt voor, zóo dat er slechts éen ostium abdominale bestaat, en het aanvankelijk enkelvoudig lumen zich in de richting naar den uterus in tweeën splitst. Een fraai voorbeeld daarvan vinden wij beschreven bij Henrotin en Herzog. In dat geval liep het divertikel dood tusschen de platen van het lig. lat. vlak bij den uterus [3]). Er schijnt ook een geval beschreven te zijn, — en reeds door Baudeloque [4]) — waar beide branches elk voor zich in den uterus uitmondden.

Dat hoofdtuba en bij-tuba beide blind loopen, vind ik in de literatuur nergens vermeld. De combinatie van verdubbeling en atresie, zooals ons geval aanbiedt, schijnt een unicum te zijn. Ook trichotomische of, juister, tweemaal op korten afstand herhaalde dichotomische vertakking, zooals in ons praeparaat, vind ik nergens beschreven.

Ik heb in mijn coupes, die geen volledige serie vormen, het

---

[1]) Ueber Accessorische Tuben und Tubenostium, Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaec. Bd. 29 bl. 266.

[2]) Archiv. für Gyn. Bd. 42, bl. 187 onder *b* en *c*.

[3]) „Anomalies du canal de Müller comme cause des grossesses ectopiques". Revue de Gynecologie et de chirurgie abdominale, Tome deuxième, 1898, p. 616.

[4]) Zie Henrotin et Herzog l. c. p. 645.

eigenlijke moment der vertakking niet kunnen attrapeeren. Toch neem ik splitsing van het tuba-kanaal aan op de volgende gronden 1°. de aanwezigheid van éen enkel ostium abd., waarbij zich aanvankelijk een enkelvoudig lumen aansluit, en 2°. de aanwezigheid van twee, later van drie kanalen in 't verlengde van dat éene kanaal, welke drie lumina door een innig samenhangende spierlaag zijn omgeven. In latere coupes verkrijgen de tubae duidelijk elk hun eigen wand, door los bindweefsel van elkaar gescheiden. Dit geldt echter alleen voor 't mikroskopisch beeld: makroskopisch blijven zij tot een gemeenschappelijke streng vereenigd.

Een andere merkwaardigheid van ons praeparaat is, dat de atresie van het rechter Müller'sche kanaal zijn grens vindt bij den uterus. Deze is normaal gevormd; het lijdt dus geen twijfel, dat in het uterine gedeelte de versmelting der beide buizen op de normale wijze is tot stand gekomen. Het uterine deel van den Müller'schen gang is dus permeabel; het abdominale einde eveneens, de atresie betreft alléen het middelste deel van de rechter Müller'sche buis.

En nu de beteekenis dezer anomalie voor het tot stand komen der ektopische zwangerschap. Dat zoowel accessorische ostia als accessorische tubae het bevruchte ei op zijn tocht naar den uterus kunnen doen verdwalen, is theoretisch duidelijk. Bij de groote frequentie der tuba-anomalieën eenerzijds en de groote frequentie der buitenbaarmoederlijke zwangerschappen anderzijds is het zelfs te verwonderen, dat deze aetiologie niet in een groote reeks van gevallen is geconstateerd. Toch is dit niet het geval. Wèl wordt door verschillende auteurs op de beteekenis der tuba-anomaliën als mogelijke oorzaak van ektopische zwangerschap gewezen, maar feiten, waarnemingen zoekt men meestal te vergeefs. Ik vind slecht drie onbetwistbare gevallen, nl. twee in het vroeger vermelde artikel van Henrotin en Herzog, en éene waarneming van Landau en Rheinstein[1]). Een geval van Werth[2]) behoort waarschijnlijk, en een van Dobbert[3]) misschien ook tot deze categorie.

Trouwens, de steeds aangroeiende literatuur over tuba-zwangerschap is nauwelijks meer te overzien; er zijn er dus waarschijnlijk wel meerdere, die mijn aandacht zijn ontsnapt.

Wanneer wij, terugkeerend tot ons eigen praeparaat, de vroeger gestelde vraag naar de localisatie onzer ektopische zwangerschap

---

1) Archiv. für Gynaek. Bd. 39, bl. 288.

2) „Beiträge zur Anatomie der extra-uterinen Schwangerschaft", Stuttgart 1887, geciteerd in het artikel van Henrotin en Herzog.

3) „Beitrage zur Anatomie der ektopischen Schwangerschaft", Virchow's Archiv, Vol. CXXVI 1892.

weer opvatten, dan kan, op grond van de positieve en negatieve resultaten van ons onderzoek het volgende antwoord worden gegeven.

Dat het ei ten tijde der ruptuur moet gelegen hebben tusschen de platen van het lig. latum, is vroeger reeds uitéengezet. Dit sluit reeds in, dat onze ektopische zwangerschap oorspronkelijk een tubair-zwangerschap geweest moet zijn, die bij de atresie der rechter tuba onvermijdelijk optreden moest, zoodra een bevrucht ei in deze tuba belandde. De vraag, in welke der drie doodloopende kanalen van de tuba het ei oorspronkelijk genesteld was, kan niet beantwoord worden. Waarschijnlijk niet in den divertikel, die wij op den tumor smal en atrophisch zagen worden (zie fig. 7). Doch ook de beide andere vertakkingen van de tuba vertoonen niets wat op zwangerschapsverandering lijkt. Wij tasten hier dus in het duister.

Evenmin kunnen wij de vraag beantwoorden, of aan de ruptuur in de buikholte een primaire ruptuur van den zwangeren tuba-wand is vooraf gegaan, waardoor het ei naakt tusschen de platen van den breeden band kwam te liggen, of wel, dat van den oorspronkelijken tuba-zak nog een, zij het dan uiterst verdund en atrophisch laagje, overbleef. Het gewone criterium om dit te onderscheiden, het al of niet aanwezig zijn van een min of meer geregeld doorloopende spierlaag in den vruchtzakwand laat hier in den steek. Want wij bezitten van den vruchtzakwand niets dan de aanhechtingsplaats der placenta; en daar deze zich aan de ondervlakte van het intraligamentaire myoom heeft ontwikkeld, beteekent de aanwezigheid van glad spierweefsel hier voor de vraag in quaestie niets. Ook dit punt blijft dus onopgehelderd.

Dat wij naar andere structuur-elementen van de tuba — speciaal epitheelresten — op de aanhechtingsplaats der placenta niet hebben te zoeken, behoeft wel geen nader betoog. Gelijk bij de normale zwangerschap in den uterus gaat bij de zwangerschap in de tuba het epithelium bij de eerste inplanting van het eitje teniet.

Omtrent het histologisch beeld, dat het aanhechtingsvlak der placenta aanbiedt, moge nog een enkel woord worden gezegd. Op alle coupes waar dit aanhechtingsvlak (zie fig. 3 *g*) is getroffen, zien wij, dat bij 't afscheuren der foetale placenta nog heel wat vlokken-weefsel aan de placenta materna is blijven hangen. Deze vlokken zijn normaal gebouwd. De placenta materna zelve heeft zich ontwikkeld uit het bindweefsel aan de ondervlakte van den intraligamentairen tumor. De omvorming der bindweefselcellen in deciduacellen is op sommige plaatsen zeer fraai en volledig tot stand gekomen. Elders is het deciduaweefsel veel minder typisch. Opmerkenswaardig is, dat het mikroskopisch beeld bij zwakke ver-

grooting hier en daar geheel herinnert aan de decidua ampullaris, zooals wij die kennen in de uterine graviditeit. In den uterus komt deze lacunaire laag in hoofdzaak tot stand, door het evenwijdig aan de oppervlakte gerekt worden der uitgezette klieren, waardoor breede spleten ontstaan, door smalle decidua-strooken gescheiden. In ons geval hebben de talrijke lymphspleten van het losse bindweefsel van den breeden band de taak der uterus-klieren overgenomen en daardoor een soortgelijk ijl kantwerk te voorschijn gebracht, als wij gewend zijn te zien in den zwangeren uterus. Het intraligamentaire bindweefsel schijnt voor de ontwikkeling der placenta een niet ongunstige bodem.

Ten slotte moge nog worden gewezen op het feit, dat bij de aangeboren atresie van de rechter tuba eene rechtszijdige ektopische zwangerschap op geen andere wijze tot stand kan zijn gekomen, dan door het overloopen van spermatozoiden uit de linker tuba door de buikholte naar de rechter adnexen. Eene „äussere Ueberwandering" van het sperma staat voor ons geval dus vast.

De heer Treub heeft deze mededeeling met veel belangstelling gehoord. Met betrekking tot het laatste punt stelt hij de vraag, of de mogelijkheid is uitgesloten, dat het eitje uit den linker eierstok afkomstig kan zijn. Dan zou men een äussere Ueberwanderung niet van het sperma, maar van het bevruchte ei moeten aannemen.

Dr. van Tussenbroek vertoont aan het praeparaat dat het corpus luteum in het rechter ovarium zit. In het linker is niets van een een C. lut. te ontdekken.

Dr. Pompe van Meerdervoort oppert de onderstelling, dat de tumor in het lig. latum een postembryonaal ontwikkeld adenomyoom zou kunnen zijn, waaruit de verdubbeling van het tubalumen zou kunnen worden verklaard.

Dr. van Tussenbroek antwoordt, dat van adenomateuse woekering binnen het myoom nergens sprake is. De verdubbelde tuba ligt bovendien buiten het bereik van den tumor; zij betreft het vrije, niet het aan den tumor gefixeerde gedeelte.

Prof. Kouwer demonstreert hierop een praeparaat afkomstig van een multipara, die zes weken tevoren spontaan bevallen was. De geneesheer heeft bij den partus niets bijzonders bespeurd; het kraambed was ongestoord. Daarna treden bloedingen op. Als oorzaak vindt Spreker een bijna vuistgroot gezwel in de vagina, gedeeltelijk van de cervix, gedeeltelijk van den vaginaalwand uitgaande. Het wordt weggenomen door uitkrabben met de vingers, en blijkt een gedeeltelijk nekrotisch sarcoom. Dit heeft metastasen gemaakt in den vaginaalwand en in het linker parametrium.

Den volgenden dag laparotomie. Na onschadelijk maken van een absces, dat zich tusschen het linker ovarium en het colon transversum bevindt, worden uterus en vagina, tot aan den introitus vaginae toe, met het parametrane weefsel en een klier, ter grootte van een knikker, uit het rechter parametrium verwijderd. Genezing gecompliceerd door pyelitis, die Spreker toeschrijft aan het onvermijdelijke vrij praepareeren van beide ureteren.

Het praeparaat vertoont de insertie van het sarcoom in de cervix en meer of minder geïsoleerde metastasen in den vaginaalwand. Van deciduoom is bij mikroskopisch onderzoek niets gevonden.

Corpus uteri normaal.

Ten slotte vertoont de heer Schoemaker een instrumentje, dat bestemd is om draden in de naald te steken, zonder ze in de hand te nemen.

Hierop wordt de Vergadering door den Voorzitter gesloten.

Vergadering van Zondag 13 April 1902.

Voorzitter: Prof. KOUWER.
Secretaresse: Dr. CATHARINE VAN TUSSENBROEK.

Na 't openen der vergadering wordt de heer Oidtman, als nieuw lid der Vereeniging, door den Voorzitter welkom geheeten.

De Secretaresse deelt mede, dat door bemiddeling van Dr. van de Velde, de volgende drukwerken voor de Ned. Gyn. Vereeniging zijn ontvangen:

Gynaecologia Helvetica, uitgegeven door Dr. O. Beuttner, 1ste jaargang, en

Bollettino della Società Toscana di Ostetricia e Ginecologia, 1ste jaargang n°. 1—2.

De heer Treub brengt hierop een circulaire ter sprake, die dezer dagen verzonden werd van wege de Commissie, op het Internationaal Congres te Amsterdam benoemd, tot het brengen van eenheid in de obstetrische nomenclatuur. De bedoelde Commissie heeft in hare bijeenkomst te Parijs kennis genomen van een rapport over dit onderwerp, door een harer leden, prof. Simpson (Edinburg), op het 9de internationale Congres te Washington uitgebracht.

De Commissie heeft besloten, dit Rapport te doen herdrukken en ter discussie rond te zenden aan de verschillende obstetrische Vereenigingen.

Om de gedachtenwisseling in onze Vereeniging gemakkelijk te

maken, stelt de heer Treub voor, het bedoelde Rapport in de notulen dezer vergadering te doen afdrukken en de discussie uit te stellen tot de volgende vergadering, welk voorstel wordt aangenomen.

Het Rapport luidt als volgt:

Rapport sur l'unification de la nomenclature obstétricale,
par A. R. Simpson (d'Edimbourg).

La Commission chargée de formuler un projet d'unification de la nomenclature obstétricale, désire soumettre les propositions suivantes aux délibérations de la section d'obstétrique du 9e Congrès médical international:

A. Il est désirable de chercher à obtenir l'uniformité de la nomenclature obstétricale.

B. Il est possible d'arriver à l'uniformité d'expression en ce qui concerne:

I. Les diamètres du bassin.
II. Les diamètres de la tête fœtale.
III. Les présentations du fœtus.
IV. Les positions du fœtus.
V. Les périodes du travail.
VI. Les facteurs du travail.

C. Les définitions et désignations suivantes méritent d'être généralement adoptées par les professeurs d'accouchements et par les auteurs:

I. — Diamètres du bassin.

1. Antéro-postérieurs:

a) Entre le milieu du promontoire et le point du bord supérieur de la symphyse pubienne croisé par la *linea terminalis* = *Diameter conjugata vera*. C. v.

b) Entre le milieu du promontoire et le bord inférieur de la symphyse pubienne = *Diameter conjugata diagonalis*. C. d.

2. Transverse:

Entre les deux points les plus distants pris sur lignes iléo-pectinées droite et gauche = *Diameter transversa*. T.

3. Premier oblique:

Entre la symphyse sacro-iliaque droite et l'éminence pectinée gauche = *Diameter diagonalis dextra*. D. D.

4. Second oblique:

Entre la symphyse sacro-iliaque gauche et l'éminence pectinée droite = *Diameter diagonalis lœva*. D. L.

II. Diamètres de la tête fœtale.

1. De la pointe de l'os occipital au centre du bord inférieur du menton = *Diameter occipito-mentalis*. O. M.

2. De la protubérance occipitale à la racine du nez — *Diameter occipito-frontalis.* O. F.

3. Du point d'union du cou avec l'occiput, au centre de la fontanelle antérieure = *Diameter sub-occipito-bregmatica.* S. O. B.

4. Entre les deux protubérances pariétales = *Diameter biparietalis.* B. P.

5. Entre les deux extrémités inférieures des sutures coronales = *Diameter bi-temporalis.* B. T.

III. — Présentation ou situation du fœtus.

La *présentation* est la partie qui est touchée par le doigt introduit dans le canal vaginal, ou qui, pendant le travail, est limitée par la ceinture de résistance.

L'*occiput* est la portion de la tête située en arrière de la fontanelle postérieure.

Le *sinciput* est la portion de la tête située en avant du bregma (ou fontanelle antérieure).

Le *vertex* est la portion de la tête située entre les fontanelles et s'etendant latéralement jusqu'aux bosses pariétales.

Trois groupes de présentations doivent être reconnues: deux dans lesquelles l'axe longitudinal du fœtus correspond à l'axe longitudinal de l'utérus, et la troisième dans laquelle l'axe longitudinal du fœtus est plus oblique ou transverse par rapport à l'axe longitudinal de l'utérus.

1. Longitudinal.

a) Extrémité céphalique comprenant;
Le vertex et ses variétés;
La face et ses variétés.

b) Extrémité pelvienne comprenant:
Les fesses;
Les pieds.

2. Transverse ou tronc comprenant les épaules ou les bras et d'autres présentations rares.

IV. — Position du fœtus.

Les positions du fœtus sont le mieux dénommées en indiquant topographiquement comme points de repère: *premièrement* les côtés droit ou gauche, et *deuxiémement*, les directions *antérieure* et *postérieure*. Quand on emploie les initiales, il est désirable de choisir celles des mots latins.

Dans les cas de positions du vertex, on a:

Occipito-gauche-antérieure = *Occipito-Læva-Anterior. O. L. A.*
Occipito-gauche-postérieure = *Occipito-Læva-Posterior. O. L. P.*
Occipito-droite-postérieure = *Occipito-Dextra-Posterior. O. D. P.*

Occipito-droite-antérieure = *Occipito-Dextra-Anterior. O. D. A.*
Les positions de la face sont:
Mento-droite-postérieure = *Mento-Dextra-Posterior. M. D. P.*
Mento-droite-antérieure = *Mento-Dextra-Anterior. M. D. A.*
Mento-gauche-antérieure = *Mento-Læva-Anterior. M. L. A.*
Mento-gauche-postérieure = *Mento-Læva-Posterior. M. L. P.*
Les positions du pelvis sont:
Sacro-gauche-antérieure = *Sacro-Læva-Anterior. S. L. A.*
Sacro-gauche-postérieure = *Sacro-Læva-Posterior. S. L. P.*
Sacro-droite-postérieure = *Sacro-Dextra-Posterior. S. D. P.*
Sacro-droite-antérieure = *Sacro-Dextra-Anterior. S. D. A.*
Les présentations de l'épaule sont:
Scapulo-gauche-antérieure [1]) = *Scapula-Læva-Anterior. S. L. A.*
Scapulo-gauche-postérieure = *Scapula-Læva-Posterior. S. L. P.*
Scapulo-droite-postérieure = *Scapula-Dextra-Posterior. S. D. P.*
Scapulo-droite-antérieure = *Scapula-Dextra-Anterior. S. D. A.*

V. — Les périodes du travail.

Le travail ets divisible en trois périodes:

1°. *Premiere période.* — Du commencement des douleurs régulières à la dilatation complète de l'orifice externe = *période d'effacement et de dilatation.*

2°. *Deuxième période.* — De la dilatation complète de l'orifice externe jusqu'à complète expulsion de l'enfant = *période d'expulsion.*

3°. *Troisième période.* — Depuis l'expulsion de l'enfant jusqu'à l'expulsion complète du placenta et des membranes = *période de délivrance.*

VI. — Les facteurs du travail sont:

1°. Les contractions;
2°. Les voies d'expulsion;
3°. Les mobiles.

D. Copie des résolutions sus-indiquées sera envoyée au nom de la section d'Obstétrique du 9e Congrès de médecine international, aux divers professeurs d'accouchement et auteurs des différentes nationalités représentées dans ce Congrès.

De heer Kouwer doet hierop de volgende mededeeling over de zoogenaamde radicale operatie van het uterus-carcinoom.

Spreker wil geen historische schets van de operatie geven. De tegenwoordige generatie van gynaecologen heeft de ontwikkelingsgeschiedenis zelf doorleefd.

De amputatie van de carcinomateuze cervix was het begin. Daarop

---

[1]) *Gauche* et *droite* se rapportent, dans cette section, comme dans toutes les positions, aux côtés gauche et droit de la mère, sans s'occuper des bords latéraux de l'enfant.

volgde de totaalextirpatie per vaginam, en daarna kwam de totaalextirpatie per laparotomiam (Freund). De laatste operatie vond weinig navolging, daar de primaire mortaliteit te groot was.

Bij de vaginale operatie leerde men zich zachtjes aan beperken in de indicatie. Door het uitschieten der meer gevorderde gevallen werd het primaire mortaliteitscijfer uiterst gunstig. Daarbij blijft echter een groote reeks van gevallen over, die wij niet radicaal kunnen behandelen. Wij kunnen den patiënten door palliatieve maatregelen het leven wel wat verlichten, maar voelen toch telkens onze onmacht. Nu en dan komen wij er toch weer toe, een zwaarder geval onder behandeling te nemen, wat dan op teleurstelling uitloopt, en dikwijls recidief geeft, nog vóór de operatie-wonde is genezen. Gevolg is het voortdurend zoeken naar betere methoden.

Hochenegg beproefde de resectie van het sacrum volgens Kraske, die als vóóroperatie te ingrijpend bleek te zijn. Schuchardt koos een anderen weg door het aanleggen van een vaginale of paravaginale snede. Terzelfder tijd werd getracht door laparotomie nog betere resultaten te bereiken. Door Wertheim werd een methode aangegeven, waarbij verwijdering van het carcinoom nog mogelijk bleek voor gevallen, die vroeger als inoperabel werden beschouwd. Het zwaartepunt der operatie van Wertheim ligt in het vrij praepareeren der ureteren, die op deze wijze zeker worden gespaard, en in het verwijderen van alle lymphklieren. De operatie is nog te jong om te kunnen beslissen, of zij inderdaad den naam van radicale operatie van het uterus-carcinoom verdient. Velen ontzeggen haar dien naam, op grond daarvan, dat men makroskopisch niet kan beoordeelen, of een klier carcinomateus geïnfiltreerd is of niet; in de grootste klieren vindt men dikwijls niets, terwijl de kleine soms al carcinomateus geïnfiltreerd zijn. Dit feit is trouwens bij de chirurgen al langen tijd bekend.

Omtrent de waarde en de beteekenis van de zoogenaamde radicale extirpatie van het uterus-carcinoom is dus nog geen overeenstemming verkregen. In onze vergadering is de quaestie nog niet ter sprake gebracht.

Spreker wil als zijn persoonlijke meening zeggen, dat hij de lymphklierextirpatie ongeraden vindt, omdat zij een zeer belangrijke uitbreiding beteekent van de operatie bij patiënten, die toch reeds in slechte condities zijn. Maar overigens komt de methode van Wertheim hem voortreffelijk voor. Wanneer de ureteren zijn blootgelegd en men de Art. uterina lateraalwaarts heeft onderbonden, dan kan men de parametria veel verder extirpeeren dan bij de vroegere methoden. Bovendien neemt men van zelf een groot deel van de

vagina mee, waardoor het gevaar van de buikholte te infecteeren, terwijl men er den carcinomateuzen uterus doorheen haalt, zeer wordt verminderd.

De resultaten van Wertheim zijn, wat het sterftecijfer ten gevolge van de operatie betreft, niet heel gunstig. Het bedraagt 50%. Dit geldt voor de eerste serie. De volgende serieën gaven veel gunstiger resultaat. Oefening en beter keuze van de gevallen zullen allicht het mortaliteitscijfer nog aanzienlijker doen dalen. Voor de beoordeeling van de definitieve resultaten is de operatie nog te jong.

Spreker heeft veel sympathie voor de operatie, en heeft gedurende de laatste 3 jaar van de 22 operaties wegens uterus-carcinoom er 13 per laparotomiam verricht. De 9 overige patiënten werden per vaginam geopereerd.

Van die 9 gevallen heeft hij er één verloren aan sepsis; 8 bleven in leven. Van deze acht zijn hem tot dusverre twee recidieven bekend.

Het aantal per laparotomiam geopereerde patiënten bedroeg 13. De operatie begint met het afbinden der ligg. rotunda en infundibulo-pelvica; daarna wordt de ureter opgezocht en vrijgepraepareerd en de art. uterina onderbonden, gewoonlijk dicht bij haar afsplitsing van de hypogastrica. Is dit gebeurd, dan gelukt het ook bij wanhopige gevallen de weefselmassa zóó te verwijderen, dat er later bij de sectie zoo goed als niets meer van het retroperitoneale weefsel te vinden is. Dergelijke operaties duren lang. Voor vele patiënten te lang.

Het primaire sterfte-cijfer is dan ook hoog. Vijf van de dertien stierven aan de operatie.

In het eerste geval kon de operatie niet voleindigd worden. Er bestond, ten gevolge van het carcinoom, een pyocolpos in 't bovenste deel der vagina. Gelijk bij elke onvoltooide operatie volgde er peritonitis, waaraan de patiënte den 11den dag overleed.

De tweede patiënt overleed 1½ uur nà de operatie ten gevolge van sterke anaemie, die reeds vóór de operatie bedenkelijk was. Er waren hier kolossale bloedingen voorafgegaan.

N°. 3 en n°. 4 stierven de een 45, de ander 33 uren na de operatie aan degeneratio cordis (chloroform).

N°. 5 is 5 dagen nà de operatie plotseling bezweken aan longembolie.

In 4 gevallen is de operatie dus te ingrijpend geweest.

Verwonding van ureteren tijdens de operatie is niet voorgekomen; toch is tweemaal (ééns 14 dagen en ééns 8 dagen nà de operatie) een ureter-fistel ontstaan, te verklaren uit nekrose ten gevolge van het te ver bloot leggen van den ureter. Misschien is dit te vermijden door nog meer te letten op het sparen der voedende bloedvaten.

Over de blijvende resultaten is nog niet veel te zeggen, daar de gevallen nog jong zijn.

In 2 gevallen trad recidief op; van de overige is nog niets bekend. Spreker heeft echter de overtuiging, dat de methode van Wertheim een aanwinst is voor onze therapie, mits wij de operatie niet compliceeren door het extirpeeren der lymphklieren.

De heer Pompe v. Meerdervoort heeft één geval volgens Wertheim geopereerd. Het was een geval, waarbij het rechter parametrium carcinomateus was geïnfiltreerd. Hij heeft ook de klieren verwijderd, en mikroskopisch onderzocht. Het wegnemen van al het zieke weefsel was moeilijk; het moest bij stukken en brokken worden verwijderd; daarbij ontstond een fistel in het onderste deel van de blaas. Spreker heeft van de operatie een weinig gunstigen indruk gekregen. Men stelt de patiënte aan groote gevaren bloot, en verricht toch maar half werk.

De heer Treub heeft geen persoonlijke ervaring over de operatie en zal die vooreerst wel niet krijgen. Een primaire mortaliteit van $33^0/_0$, zooals de serie van den heer Kouwer aanwijst, vindt hij bedenkelijk groot, en hij acht de vraag gewettigd, of men wel het recht heeft die operatie uit te voeren bij verkiezing waar wij een palliatieve behandeling bezitten — het krachtdadig uitkrabben van het zieke weefsel gevolgd door jodoformgaas-tamponnade — die tijdelijke genezing geeft en de patiënten dikwijls voor jaren in gunstige condities brengt.

Het komt hem voor, dat de heer Kouwer in tweeërlei opzicht inconsequent is. In de eerste plaats omdat hij niet alle gevallen per laparotomiam opereert. Is de methode goed voor de zwaardere gevallen, dan moet zij zeker goed zijn voor de gevallen, die voor vaginale operatie in aanmerking komen. In de tweede plaats dunkt het hem irrationeel, dat de heer Kouwer de lymphklieren laat zitten. Dit pleit er voor, dat hij zelf niet aan het radicale van de operatie gelooft. Wij bezitten bij het uterus-carcinoom de vaginale operatie-methode, met nog geen $3^0/_0$ mortaliteit en een matig aantal radicale genezingen; wij bezitten daarnaast de onschadelijke en doeltreffende palliatieve behandeling met den scherpen lepel, die nog het voordeel heeft, dat zij, zoo noodig, kan worden herhaald. Moeten wij nu een operatie verkiezen met $33^0/_0$ mortaliteit, en die voor de gevorderde gevallen zeker niet op den naam van radicale operatie aanspraak kan maken? Spreker meent die vraag ontkennend te moeten beantwoorden.

De heer Kouwer, de vorige sprekers beantwoordend, zegt dat de heer Pompe blijkbaar een zeer ongunstig geval getroffen heeft. Dat het carcinomateuse weefsel bij stukken en brokken uit het

parametrane weefsel verwijderd moest worden, in hem nog niet voorgekomen. Op de vraag van den heer Treub waarom hij niet alle gevallen per laparotomiam geopereerd heeft, geeft spreker ten antwoord, dat hij dat wèl heeft gedaan. De 13 laparòtomieën zijn de laatste carcinoom-operaties en vormen één serie. Wat het niet wegnemen der lymphklieren betreft, de kans is buitengewoon groot, dat men ze toch gedeeltelijk laat zitten, en de operatie wordt er aanzienlijk door verlengd. De naam „radicale operatie" is dan ook geheel onjuist.

Wat de 33°/₀ mortaliteit betreft, ja, het sterfte-cijfer zal altijd hooger blijven, omdat men gevallen opereert, die voor vaginale extirpatie niet in aanmerking komen. Omtrent de onschuldige operatie van het uitkrabben is sprekers ervaring minder groot en minder gunstig dan die van den heer Treub. Gewoonlijk treden al zeer spoedig weer bloedingen op. Men krijgt de patiënten misschien voor de tweede maal in een ziekenhuis, maar niet voor de derde. En dan komt de misère. Zij worden thuis niet geholpen of slecht geholpen en komen op treurige wijze aan hun eind.

De recidieven, die nà de operatie achter de gesloten vagina ontstaan geven veel minder ellende. Er zijn geen bloedingen, de patiënten weten niet dat zij weer carcinoom hebben, dat is psychisch veel beter.

De heer Treub zegt, dat zij dit ook bij de palliatieve operatie niet weten.

De heer Kouwer repliceert: het wordt niet gezegd, maar zij weten het toch, als de bloedingen terugkomen. Het voordeel, dat de recidieven na de groote operatie haar minder ellende bezorgen is niet gering te schatten. Wat de vaginale uterus-extirpatie betreft, kan het cijfer der blijvende genezingen toch in 't algemeen niet zoo gunstig gesteld worden, als de heer Treub aangeeft. Winter berekent 5°/₀, Treub spreekt van 16°/₀.

Op de 33°/₀ mortaliteit van de abdominale operatie mag naar sprekers meening niet al te grooten nadruk worden gelegd; er is alle kans, dat een volgende serie gunstiger cijfer geeft.

De heer Stratz vindt het belangrijk, dat de heer Kouwer bij de Wertheim'sche operatie ook tot een hoog sterfte-cijfer komt. Zoolang er geen grootere ervaringen zijn, kan men over het goed recht der operatie geen uitspraak doen, en die ervaringen moeten op de groote klinieken worden verkregen.

Wat de vaginale totaalextirpatie betreft, gaat spreker in zijn beperking der indicatie nog verder dan de heer Treub. Hij houdt zich over 't algemeen aan het criterium van Fritsch, dat men het ostium gemakkelijk in de vulva moet kunnen trekken.

Een geval, waar hij van dien regel was afgeweken, heeft hij acht dagen nà de operatie verloren.

In gevallen, waar reeds de carcinoom-cachexie bestaat, kan alleen nog de palliatieve operatie in aanmerking komen. Spreker verricht deze volgens de methode van Schroeder: uitkrabben en nabehandelen met het ferrum candens. Hij heeft gevallen, die 3 à 4 jaar in goeden staat gebleven zijn.

Bij het trekken van de grens voor de radicale operatie bij carcinoom dient men in 't oog te houden dat men staat voor een hopeloos geval, waarbij meer gewaagd mag worden dan anders; de kans om een enkele patiënt radicaal te helpen weegt wel op tegen een hoog sterftecijfer.

Dr. de Monchy oppert het bezwaar dat, waar men den ureter uit het carcinoom moet lospellen, er veel kans bestaat, dat de buitenste scheede reeds carcinomateus is geïnfiltreerd. Er blijft dus hoogstwaarschijnlijk carcinomateus weefsel aan den ureter zitten. Wat het wegnemen der lymphklieren betreft, dit kan z. i. weinig baten, wanneer niet ook de lymphbanen worden verwijderd.

De heer Kouwer zegt, dat de ureter slechts zelden direct door het carcinomateuze weefsel omringd wordt gevonden; meestal is de ureter wel op zijde gedrongen, maar niet zelf geïnfiltreerd.

Tegenover den heer Stratz merkt spreker op, dat wanneer men zich houdt aan zijn grensbepaling, dat de portio in de vulva te trekken moet zijn, men toch wel een groot aantal vrouwen terug moet zenden naar de palliatieve operatie. Bij een levensgevaarlijke kwaal mag men een levensgevaarlijke operatie wagen.

De heer Treub wenscht nog een opmerking te maken. Hij acht de abdominale operatie van minder beteekenis voor de gevallen met carcinoomwoekering in den breeden band dan voor de gunstige gevallen, die nu in 't algemeen per vaginam worden geopereerd. Het kan zijn, dat de laatste beter prognose voor radicale genezing geven, wanneer zij volgens de abdominale methode worden geopereerd; en misschien is, juist voor deze gevallen, ook het directe levensgevaar minder groot. Mocht dit in de toekomst blijken, dan zou spreker misschien voor die gevallen overgaan tot de abdominale operatie. Misschien dat, omgekeerd, de heer Kouwer tegen dien tijd bekeerd is tot het verwerpen der abdominale operatie voor de verder gevorderde gevallen.

Daarvoor is het echter noodig deze beide categoriëen van gevallen scherp uit elkaar te houden en de geopereerden ook in de toekomst na te gaan.

De heer Kouwer vindt dit een verstandig voorstel, waarin hij gaarne wil treden; hij zal zijn gevallen dus voortaan in twee seriën

classificeeren. Het zou praematuur zijn nu al over de resultaten der operatie een oordeel te willen vellen.

De heer de Monchy merkt tegenover Dr. Stratz op, dat het criterium van Fritsch toch moeilijk vol te houden is, daar de uterus ook uit andere oorzaken, dan door voortschrijding van het carcinoom, in zijn beweeglijkheid beperkt kan zijn; bijv. door verdikking der ligg. sacro-uterina.

De heer Stratz repliceert, dat men dit hetzij uit de anamnese of op andere wijze wel kan onderscheiden. Infiltraten van het parametrium zijn bij carcinoom bijna altijd carcinomateus.

De heer Stratz demonstreert hierop een operatie-tafel en een irrigatie-toestel. De operatie-tafel is eenvoudig van constructie en gemakkelijk aseptisch te houden; zij kan zonder moeite door een pleegzuster voor de Trendelenburg'sche ligging worden ingesteld. De beenhouders bestaan in zakjes, die als kousen om de voeten sluiten en worden gesteriliseerd. Over de tafel komt nog een steriel laken. Het eenigo kostbare is het Fransche caoutchouc, dat de tafel dekt.

De irrigator-standaard, door Pohl in den Haag vervaardigd, is gekenmerkt doordat de bak zonder moeite hooger en lager geschoven kan worden, en op elke hoogte zich-zelf houdt. De hefboom, die den bak aan den verticalen stang verbindt, kan naar alle kanten worden gedraaid.

Op de vraag van den heer Kouwer, hoe de patiënt in Trendelenburg's ligging voor afglijden wordt bewaard, antwoordt de heer Stratz, dat een zuster, zoo noodig, de beenen vasthoudt.

De heer Kouwer praefereert de tafel van Stelzner, die een wiegvorm heeft, en waarbij de beenen van de patiënt niet vastgehouden behoeven te worden. Het Fransche paragummi vindt hij ongeschikt, omdat het zoo koud is. Hij vervangt het door een paar gesteriliseerde molton dekens.

De heer Treub gebruikt een operatie-tafel, die het voordeel heeft, dat het vocht tusschen de overlangsche stukken waaruit het blad van de tafel bestaat wegvloeit in een bak, die er onder hangt. Bij de Trendelenburg'sche ligging worden de beenen der patiënte door een riem gefixeerd, zoodat die niet door een pleegzuster gesteund behoeven te worden.

Dr. van der Hoeven demonstreert daarna twee praeparaten, die hem aanleiding geven aan te sluiten aan de voordracht, die hij in de Januari-vergadering hield.

Spreker herinnert er aan, dat hij toen als zijn overtuiging uitsprak, dat iedere cel oorspronkelijk maligne zou zijn, dat deze maligniteit echter normaliter niet tot uiting komt, doordat de cellen

door zekere remmende momenten in bepaalde banen gehouden worden, die wij gewend zijn normaal te noemen.

Welke deze momenten zijn, is onbekend, maar niet onwaarschijnlijk acht spreker de opvatting, dat de elementen van één kiemblad invloed oefenen op die van een ander, dat de producten der levensfuncties van de eene celsoort, toxische stoffen door een celsoort gevormd, op de ontwikkeling van een andere celsoort kunnen influenceeren. De zwakkere vitaliteit eigen aan hooger leeftijd zou zoo in het bindweefsel aanleiding kunnen worden tot geringer productie van toxinen, welke nu in het van huis uit sterkere epitheel een sterker woekering mogelijk maken.

In hoeverre deze opvatting de juiste is, zullen latere onderzoekingen moeten uitmaken, doch hoe het ook zij, één ding staat vast: wanneer zich — om hierbij te blijven — een carcinoom gaat ontwikkelen, zien wij de eerste veranderingen op de grens van het epitheel en het bindweefsel. Ontstaat in de uterusmucosa een kliercarcinoom, dan verdwijnt het eerst de membrana propria; vormt zich een epithelioom, dan is het eerste, wat wij waarnemen, veranderingen aan de rij cylindercellen, de onderste rij cellen van het plaatepitheel.

Deze cellen veranderen van karakter, gaan woekeren en groeien (of worden gedreven) in weefsel, waar zij gewoonlijk niet liggen. Is hun groeikracht betrekkelijk gering, dan blijven zij daar liggen, is er veel van de remmende momenten weggevallen, dan groeien zij met kracht verder.

De cel kan zich dus op drie wijzen voordoen, en wel 1° als een goedaardige cel (normale omstandigheden), 2° als een cel, die klinisch goedaardig doch microscopisch kwaadaardig is, en 3° als een cel, die zoowel klinisch als microscopisch maligne genoemd moet worden.

Spreker heeft indertijd, wat betreft de foetale elementen, reeds op deze drie toestanden gewezen. Behalve, dat men niet in vreemd weefsel woekerende cellen vindt, ziet men in het moederlijk weefsel tot in de muscularis toe zoowel zich klinisch goedaardig gedragene syncytiale elementen ingroeien, als werkelijke maligne tumoren (z. g. deciduomen) ontstaan.

Zeer fraai kan men dit proces ook in naevi zien afspelen.

Spreker herinnert, dat men onder een naevus verstaat een opeenhooping van celnesten gelegen in de cutis onder het oppervlakte-epitheel. Deze celnesten zijn van elkaar gescheiden door vaatvoerend bindweefsel, terwijl in de celnesten zelf de vaten ontbreken. Gewoonlijk vindt men in het oppervlakte-epitheel en in het zooeven genoemde bindweefsel pigment, dat zich eveneens in verschillende

celnesten vertoont, en wel daar het meest, waar de voedingstoestand het minst goed is.

Met het oog op de rangschikking der naevuscellen in nesten, die scherp begrensd zijn, en op hun uitbreiding, heeft men lang gemeend, dat deze nesten in gepraeformeerde banen lagen, en wel in de lymphebanen (de overige bestanddeelen der huid vertoonen geen veranderingen), dat men dus met s. v. v. goedaardige sarcomen te doen zou hebben.

Evenwel deze opvatting is aan het wankelen gebracht door Unna, die er op wees, dat de uitbreiding der celnesten niet overeenkomt met die der lymphebanen en, dat er geen lumen in het centrum der nesten te vinden is. Bovendien zijn de scherpe grenzen der nesten niet te danken aan eenigen wand (lymphvatwand), maar ontstaan doordat het omgevende bindweefsel er direct tegen aanligt.

Niettegenstaande deze feiten in hun geheel of voor een deel reeds langer bekend zijn, heeft toch de oudere opvatting voortdurend stand kunnen houden, doordat de studie der naevi zoo zeer bemoeilijkt wordt door de omstandigheid, dat men den naevus gewoonlijk *geheel gevormd* ten onderzoek krijgt. Men ziet dan wel, hoe hij is, doch niet, hoe hij zich gevormd heeft. Slechts onder zeer bijzondere omstandigheden of bij zeer jeugdige individuen (de meeste naevi zijn aangeboren) is het mogelijk het ontstaan na te gaan.

Is men in dit gelukkige geval, dan ziet men de afwijking ontstaan uit het oppervlakte-epitheel, en herkent men in den naevus een goedaardig epithelioom. Op de grens van epitheel en cutis ontstaat een stoornis in de ontwikkeling, waardoor de rij cylindercellen verdwijnen of veranderen. Het epitheel geraakt dan daar in sterker woekering, en zendt uitspruitsels naar onder, die zich weer met elkaar kunnen verbinden en zoo een netwerk vormen.

Is de tumor grooter geworden, dan is de verbinding met het oppervlakte-epitheel begrijpelijkerwijze moeilijk terug te vinden, en daarmee zijn aard, als epithelioom, onduidelijker geworden.

Uit deze goedaardige tumoren kunnen zich nu maligne gezwellen ontwikkelen, vroeger genoemd alveolair-sarcomen, of ter aanduiding van de aanwezigheid van pigment melanosarcomen, volgens het bovenstaande echter waarschijnlijk *melano-epitheliomen.*

Merkwaardig goed is deze gang van zaken te zien in het eerste der door spreker gedemonstreerde praeparaten, afkomstig van een patiënte van 56 jaar, die zich in de vrouwenkliniek van Prof. Treub aanmeldde met de klacht van een gevoel van branden aan de vulva. Deze klacht bestond sinds drie weken, in welken tijd

objectief noch subjectief eenige verandering in de afwijking geconstateerd was. De patiënte vertoonde op den linker vulvairrand een bruine vlek, zich uitstrekkende van de clitoris tot dicht bij den anus. Het bovenste derde gedeelde naast de clitoris was een weinig tumorachtig verheven, en ulceereerde.

Spreker heeft microscopische praeparaten gemaakt van dit tumorgedeelte, van den rand van dit tumortje en de normale huid en van den rand van de bruine vlek bij den anus en de normale huid.

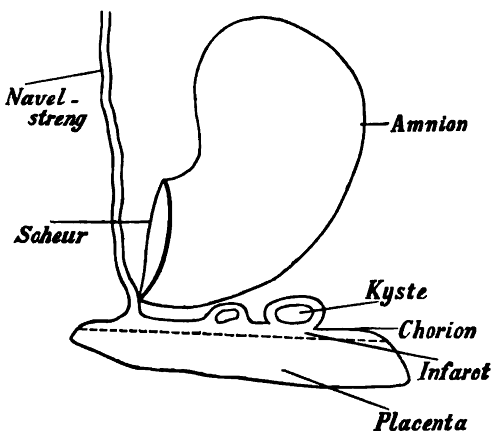
Het tumor-gedeelte geeft het klassieke beeld: alleen het oppervlakte-epitheel is verdwenen. De diagnose, epithelioom, is hier niet te stellen.

De praeparaten van den rand van den tumor echter en vooral die van den rand van de bruine vlek bij den anus geven zeer fraai alle beschreven overgangen van het normale, door geringe veranderingen van de onderste epitheellagen tot het goedaardige en eindelijk het kwaadaardige epithelioom.

Het tweede gedemonstreerde praeparaat is een placenta, die spreker verschuldigd is aan de vriendelijkheid van Dr. Postema, wien spreker daarvoor dank zegt.

Dr. Postema was hulp gevraagd ter verwijdering eener nageboorte na een normalen partus van een levend, voldragen kind. Bij zijn komst vond hij uit de vulva een waterhelder vochthoudende blaas hangen, die deed denken aan een slappe kyste. De expressie der placenta gelukte eerst met veel moeite na geruimen tijd. De genoemde blaas kwam voor de placenta uit en was aan het placentaire einde van de navelstreng verbonden.

Microscopisch onderzoek, later door spreker verricht, wees aan, dat deze blaas uitsluitend het amnion representeerde.



Na de geboorte van de placenta bleef het chorion in den uterus achter, en kon eerst met moeite, nadat het van de placenta was losgescheurd, bij stukjes en beetjes verwijderd worden. Het praeparaat was nu, zooals de figuur aangeeft.

Op de foetale vlakte der placenta vertoonden zich vijf macroscopisch en een groot aantal microscopisch zichtbare kysten, waarvan

de grootste ruim eigroot was. De inhoud dezer kysten was waterhelder nat, in alle macroscopisch zichtbare kysten van dezelfde samenstelling: in alle vond spreker 40°/₀₀ eiwit, en geen te definieeren microscopisch zichtbare elementen, behalve wat fibrine, en speciaal geen bloedlichaampjes. De wanden der kysten bestonden uit een soms éénlagige, gewoonlijk meerlagige strook cellen van Langhans, waaromheen het chorionbindweefsel zich bevond. De kysten lagen op een infarct, dat zich over een deel van den foetalen kant der placenta uitstrekte.

Bij de bespreking van de herkomst van den inhoud der kysten overweegt spreker vier mogelijkheden, en wel 1°. dat het vocht ontstaan is door verweeking der cellen van Langhans van den wand. Ware dit het geval, dan zouden deze cellen verdwenen moeten zijn, wat niet het geval is, en dan waren de kysten ook nooit zoo groot geworden.

2°. Tegen een vervloeiing van een deel van het infarct, een tweede mogelijkheid, pleit, dat de wand dan uit bindweefsel of fibrine zou moeten bestaan en niet uit cellen van Langhans. Terwijl eindelijk ten derde de mogelijkheid van kystevorming uit bloedingen (ontkleuring en vervloeiing van den inhoud) om dezelfde redenen verworpen moet worden. Bovendien zou hiervoor de tijd van de graviditeit te kort zijn (Ehrendorfer), zou het groote aantal der kysten zich moeilijk laten verklaren, en zouden microscopisch bloedresten gevonden moeten worden.

Het eenige, wat overblijft, is dus een meer algemeene oorzaak aan te nemen. Het is niet onmogelijk, dat men in het vocht een deel van het nat moet zien, dat in iedere graviditeit op nog onbekende wijze door de moeder voor het vruchtwater geleverd wordt, of dat uit het vruchtwater naar de moeder wordt gevoerd.

Wat nu deze opvatting versterkt, is de toestand der vliezen. Wij hebben toch gezien, hoe post partum de amnionzak uit de vagina uitpuilde, en hoe het vruchtwater zich nog voor een deel daarin bevond. Dit laatste is alleen mogelijk, als de uitpuiling van het amnion heeft plaats gehad, voordat het vruchtwater tijd had af te loopen, d. w. z. onmiddellijk achter het kind aan. De lage insertieplaats der placenta, kenbaar aan de plaats van de scheur in het amnion, maakte dit mechanisme mogelijk. Het gedeelte van het amnion, dat in den fundus gelegen heeft, moet met het kind mee naar beneden gezakt zijn. Eenmaal onder het niveau van de scheur gekomen, vormt het een receptaculum voor het deel van het vruchtwater, dat anders achter het kind aan zou afgeloopen zijn. Dit alles is alleen dan mogelijk, als het amnion reeds tijdens den partus

van het chorion gescheiden was, m. a. w. als tusschen amnion en chorion vocht gelegen heeft. Dit acht spreker dan ook waarschijnlijk. Er is waarschijnlijk vocht geweest tusschen chorion en amnion en onder het chorion tusschen de cellen van Langhans (kysten).

Spreker gevoelt neiging in dezen toestand een analogon te zien, van wat wij als hydrorrhoe kennen: een gedeelte van het vruchtwater door een of andere oorzaak op zijn stroom van de moeder naar het ei of omgekeerd tegengehouden. Ten slotte drukt spreker er nog op, dat evenwel in dit geval de oorzaak voor dit terughouden van vocht een eenigszins andere is, dan in de gevallen, die hij indertijd beschreef: althans het microscoop geeft nu andere beelden.

Naar aanleiding van het eerste der beide besproken praeparaten vraagt de heer Oidtman, op welke wijze de heer van der Hoeven zich het wegvallen van den rem der omliggende weefsels tegen het epitheel voorstelt, zoodat maligne woekering daarvan het gevolg is, en hoe aan de vertoonde praeparaten te zien is, dat werkelijk de primaire oorzaak der apert wordende maligniteit schuilt in de verzwakking der het epitheel omringende weefsels. Kan dit verklaard worden door toxine-werking en hoe zou die moeten werken. Hij kan zich voorstellen, dat spreker onder het microscoop niets anders gezien heeft dan een meercentrisch carcinoom. Hoe kan men met het oog op de genese dááraan zien, wat primair is en wat secundair?

De heer van der Hoeven kan moeilijk een scherp omlijnde voorstelling geven, daar het begrip der toxinen nog zoo weinig vaststaat.

De heer Treub stelt voor de discussie over dit onderwerp tot de volgende vergadering uit te stellen, en daaraan een bezichtiging van de vooraf opgestelde mikroskopische praeparaten te doen voorafgaan.

De heer Meurer deelt mede, dat hij onlangs door een vroedvrouw geroepen werd bij een XI-barende met belangrijke fluxus. Er bestond placenta praevia centralis. Het kind lag in dwarsligging. Weeën waren er niet. De bloeding maakte direct ingrijpen noodzakelijk. Spreker heeft toen volgens Bonnaire gedilateerd, tot de hand voor versie kon worden ingebracht. Het dilateeren ging gemakkelijk, de extractie leverde geen bezwaren op. Er kwamen geen cervixscheuren. De methode kon dus ook in deze armelijke omgeving met gunstig gevolg worden uitgevoerd. Bij de methode van eerst keeren en dan afwachten zou het kind stellig dood zijn gegaan, daar de scheur midden door de placenta liep.

De heer Kouwer vraagt, of er in dit geval een begin van partus was?

De heer Meurer antwoordt, dat de cervix 2 à 3 cM. geopend, maar nog nog niet geheel verstreken was.

Hierop wordt de vergadering gesloten.

DE KLINISCHE BETEEKENIS VAN DE BEWEGELIJKHEID DER BEKKENGEWRICHTEN VOOR DE BARING,

DOOR

Dr. C. M. HARTOG.

De bewegingen in de bekkengewrichten hebben de aandacht getrokken van alle anatomen en verloskundigen, die getracht hebben de oorzaken voor het ontstaan der verschillende bekkenvormen op te sporen. In de laatste jaren is ook de klinische beteekenis dier bewegingen op den voorgrond getreden, vooral na de publicatie van Walcher in 1889 over zijne zgn. Hängelage. Ik heb getracht die klinische beteekenis na te gaan vooral voor den partus bij vernauwde bekkens. Uit het onderzoek is mij gebleken, dat de bewegelijkheid der gewrichten voor vernauwde bekkens van groot belang is.

Voordat over de bewegingen in de bekkengewrichten gesproken zal worden, wordt eene beschrijving dier gewrichten gegeven, zooveel mogelijk aan de hand van fotografieën, omdat naar mijn oordeel de afbeeldingen, welke men daarvan vindt, niet duidelijk genoeg de belangrijke punten der gewrichtsvlakten te zien geven.

Bij den staanden mensch wordt het gewicht van den romp gedragen door den bekkenring en door dezen overgebracht op de onderste extremiteiten. In den bekkenring sluiten de beenderen op 3 plaatsen aan elkaar: in de symphysis pubis en de beide articulationes sacro-iliacae.

In de anatomische en obstetrische handboeken en atlassen vindt men van deze gewrichten eene korte beschrijving, een enkele maal opgehelderd door eene schematische figuur of eene fotografie. Omdat door verreweg de meesten hare voornaamste functie gezocht wordt in het opvangen en verzachten der schokken, waaraan de bekkenring is blootgesteld [1]), wordt de meeste aandacht gewijd aan de banden, die de beenstukken verbinden, en daarvan is overal eene voldoende beschrijving te vinden. Eene goede beschrijving der gewrichtsvlakten is daarentegen slechts zelden gegeven. Omdat mijns inziens de bewegingen in de articulationes sacro-iliacae een belangrijk

---

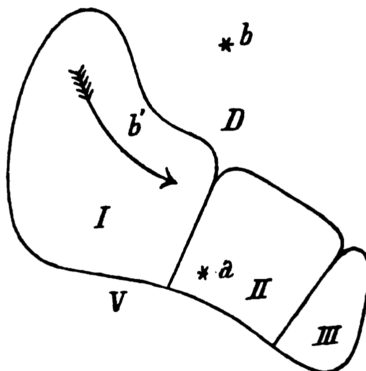
[1]) Lesshaft, Die Architektur des Beckens. Anatomische Hefte (Merkel und Bonnet) Band III pag. 173.

onderdeel der functie dier gewrichten uitmaken, acht ik eene bespreking speciaal der gewrichtsvlakte, de facies auricularis, en de gewrichtsspleet niet overbodig, ten einde na te gaan welke bewegingen mogelijk zijn.

Hermann Meyer [1]) onderscheidt, in navolging van Barkow, de vereeniging tusschen darm- en heiligbeen in een gewricht, de hemiarthrosis sacro-iliaca en eene symphysis sacro-iliaca. De gewrichtsvlakte der hemiarthrosis wordt gevormd door de superficies auricularis, terwijl de symphysis een deel der achtervlakte van het sacrum met de tuberositas van het heupbeen vereenigt. Deze symphysis is dus niets anders dan het lig. sacro-iliacum interosseum, dat de articulatio sacro-iliaca aan de achterzijde insluit en den sterksten band van het gewricht vormt. Gewoonlijk wordt deze band tot het gewricht gerekend, dat aan de voorzijde door het veel dunnere lig. sacro-iliacum anterius wordt ingesloten.

Hermann Meyer vindt aan die facies auricularis vier punten, die tamelijk constant voorkomen, en die aan de gewrichtsvlakte den karakteristieken vorm geven en tevens de functie duidelijk maken. Hij meent namelijk, dat in dit gewricht twee bewegingen mogelijk zijn. De eerste bestaat in een draaiing van het sacrum om een frontale, horizontale as, die dwars door den tweeden wervel loopt (zie fig. 1*a*). Aan ieder sacrum vindt men een aanduiding van dat punt *a* in een diepe groeve in het sacrum op de hoogte van den tweeden wervel en daartegenover op het darmbeen een meer of minder ontwikkelden heuvel. De tweede beweging zou bestaan in een schuiven van het sacrum langs het darmbeen, waarbij de baan een deel van een cirkelomtrek vormt (fig. 1*b*'), wiens middelpunt (*b*) ligt binnen de aanhechtingsvlakte van het lig. sacro-iliacum interosseum. Deze baan

Fig. 1.



Naar de schets van een facies auricularis van een jong sacrum in de verhandeling van Hermann Meyer.

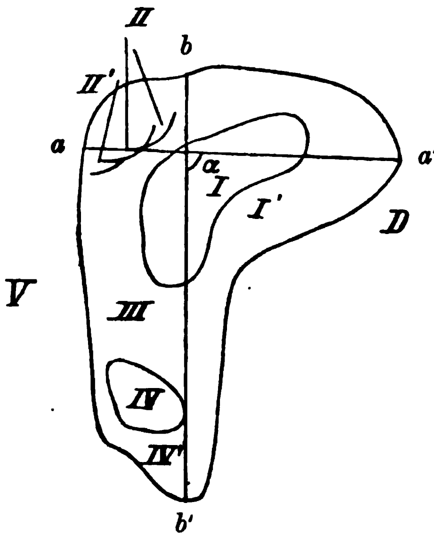
I II III zijn de zijvlakten der drie eerste sacraalwervels.
a Draaipunt voor de eerste beweging.
b Middelpunt der tweede beweging.
b' Boogvormige baan der tweede beweging (groeve).
V = ventraal.
D = dorsaal.

[1]) Der Mechanismus der Symphysis sacro-iliaca van Prof. G. Hermann Meyer, Archiv. f. Anat. u. Physiol. Anatom. Abth. 1878.

is op het sacrum aangegeven als een boogvormige groeve, waartegenover ook weer op het darmbeen een heuvel van denzelfden vorm loopt, die er in past.

Volgens Meyer moet het gevolg dezer bewegingen zijn een naar voren komen van het promontorium en een dieper zakken van het sacrum tusschen de darmbeenderen. Hieraan zou paal en perk worden gesteld door een remmend vlak, dat gevormd wordt door het aandeel van den derden wervel aan de facies auricularis. In het onderste deel bestaat namelijk een sterke convergentie der gewrichtsvlakten in dorsale richting, zoodat, bij beweging van het promontorium in ventrale richting, dit deel van het sacrum als een wig tusschen de darmbeenderen geklemd wordt. De bovenste gedeelten der gewrichtsvlakten echter divergeeren in dorsale richting. Ook hier wordt de beweging in ventrale richting gestuit door het zich inklemmen der wig, terwijl nog bovendien het sacrum bij ventraalwaartsche beweging door de sterke banden tusschen de darmbeenderen gefixeerd wordt.

Fig. 2.



Facies auricularis op het darmbeen.
Naar een teekening uit de verhandeling van SCHICKELE: De vier kenmerkende plaatsen zijn:

I. De groote verhevenheid met I' de groeve van overeenkomstigen vorm.
II. De fossula met II' scherp opstaanden rand.
III. Uitholling tegenover den tweeden sacraalwervel.
IV. Het tuberculum tegenover den derden sacraalwervel met IV' de uitholling er onder.

V = Ventraal. *D* = Dorsaal.

Van dezen algemeenen vorm bestaan vele kleine afwijkingen, doch in hoofdzaak heeft H. Meyer steeds deze verhoudingen teruggevonden. Altijd vond hij tegenover een diepte in het sacrum een hoogte op het ileum en omgekeerd, zoodat de vlakten als met tanden in elkaar grijpen.

Volgens Schickele [1]) is het karakteristicum eener normale facies auricularis ilei:

1⁰. De duidelijke scheiding tusschen de gedeelten welke zich tegenover den eersten, tweeden en derden sacraalwervel bevinden.

2⁰. De vaste hoek (*a*) dien de beide op de gewrichtsvlakte ge-

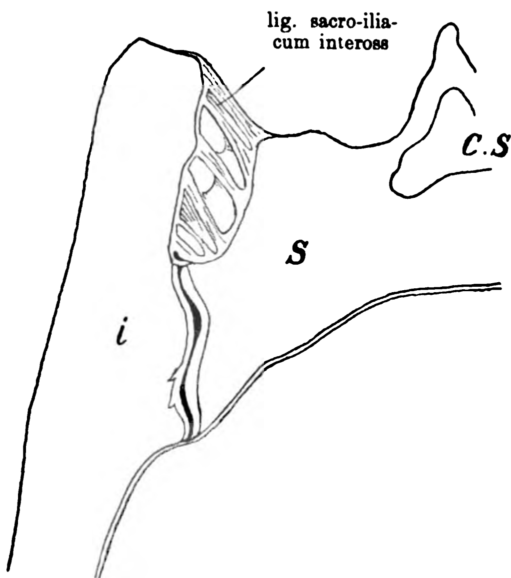
[1]) Beitrag zur Lehre des normalen und gespaltenen Beckens von Dr. G. Schickele Hegar's Beiträge zur Geb. und Gyn. Bd. IV, Heft 2.

trokken lijnen *aa'* en *bb'* met elkander maken (zie fig. 2). Deze hoek zou bij krachtig ontwikkelde bekkens 88—90° bedragen.

Aan de oppervlakte der facies van het darmbeen vindt Schickele het meest treffend een verhevenheid, die langs de fictieve middellijn der gewrichtsvlakte loopt, en zich slechts tegenover den eersten en tweeden sacraalwervel bevindt. Deze bergrug beslaat het middelste derde deel der vlakte en wordt van achteren begrensd door een groeve van overeenkomstigen vorm en van dezelfde lengte. Ventraal van den bergrug is eene fossula, die soms nog dieper schijnt, doordat de ventrale rand der facies scherp opstaat. Soms loopt die bergrug, als een boloppervlak dus, nog door in het geheele gebied dat tegenover den tweeden sacraalwervel ligt; meestal echter is hier dan reeds een lichte uitholling zichtbaar.

Tegenover den derden sacraalwervel vindt men steeds een tuberculum, waaronder weer eene uitholling. Er zijn dus op de facies auricularis van het darmbeen vaste steunpunten, waartegen het sacrum met zijn uithollingen gedrukt zit en deze vlakten zijn nog steviger vereenigd door de scherp opstaande randen der gewrichtsvlakten.

Fig. 3.



Sectio transversa articulationis sacroiliaceae (Vertebra sacralis I) naar WALDEYER.
i = os ilium.
S = sacrum.
SC. = canalis sacralis.

Ik heb deze beschouwing van Schickele zoo nauwkeurig mogelijk weergegeven alhoewel het mij voorkomt, dat hij de gecompliceerde verhoudingen van dit gewricht zeker niet duidelijker maakt.

Waldeyer [1]) toont in een paar platen, voorstellende doorsneden van het sacrum en een darmbeen evenwijdig aan den bekkeningang door den 1en en 2en sacraalwervel, dat 1° in het gebied van het lig. sacro-iliacum interosseum het sacrum concaaf, het darmbeen convex is (fig. 3); 2° dat de gewrichtsspleet

[1]) W. Waldeyer, Das Becken, 1899.

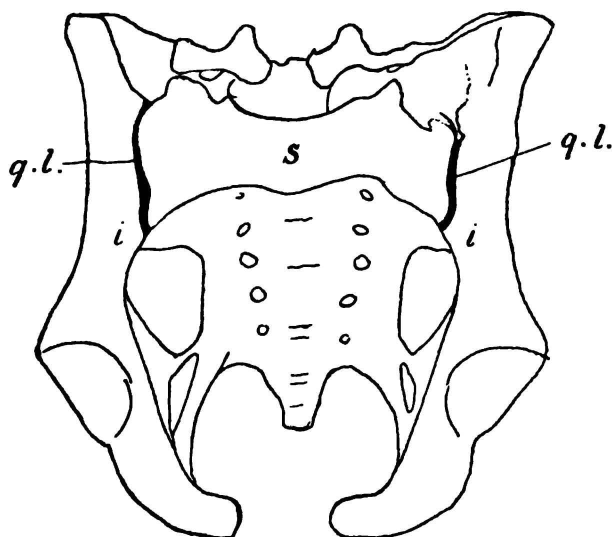
licht gekromd is; het uiteinde aan den kant der bekkenholte is mediaanwaarts als een hoek gebogen, zoodat deze bij verschuiving van het sacrum ventraal- en caudaalwaarts de beweging moet stuiten (fig. 3).

Dergelijke plaatsen, waar bij bewegingen in het ileo-sacraalgewricht het sacrum tegen het darmbeen moet stooten, vindt men in de facies auricularis verscheidene.

Op een frontale doorsnede door het bekken, die genomen is bij den staanden mensch met normale bekkenhelling door de middelpunten der heupgewrichten, ziet men de gewrichtslijnen ventraalwaarts convergeeren (fig. 4).

De figuren van Waldeyer mogen juist zijn, een goed overzicht over de geheele gewrichtsvlakte der articulatio sacro-iliaca geven ze niet, en mijns inziens krijgt men door deze beschrijving geen voldoend oordeel over de wijze, waarop het gewricht kan functionneeren.

Fig. 4.



Sectio frontalis pelvis maris naar WALDEYER.
S = sacrum.
i = ileum.
g.l. = gewrichtslijn.

Wanneer men een sacrum met de basis naar boven loodrecht voor zich zet, dan ziet men hoe de voorste grenslijnen der facies auricularis aan beide kanten vrij sterk naar beneden convergeeren, voor zoover ze behooren tot den eersten sacraalwervel, daaronder evenwijdig loopen of soms licht divergeeren; m. a. w. de bovenste helft van het sacrum is aan de voorzijde het smalst op de grens tusschen den eersten en tweeden sacraalwervel (zie fig. 5). Beziet men het sacrum op dezelfde wijze van achteren, dan ziet men hetzelfde. Wat de grenslijnen doen, doet grofweg de geheele gewrichtsvlakte, waarin de pars costalis van den eersten sacraal-wervel een stompen hoek maakt met de partes costales van den tweeden en derden wervel, welke hoek

zich lateraal opent. Omdat genoemde partes costales aan haar uiteinde concaaf zijn, vormen ze te zamen een gebogen vlak, een hol oppervlak met stompen top, men zou zeggen een hollen kegel, waarvan echter de basis den vorm heeft eener oorschelp (fig. 6). Het diepste punt van dit holle vlak ligt ongeveer op de scheiding tusschen den eersten en tweeden sacraalwervel (fig. 6*x*).

Deze vorm der facies auricularis wordt begrijpelijker als men een kinderbekken beschouwt (fig. 7). De facies auricularis beziende, vindt men hier eveneens den stompen hoek, welken de pars costalis van den eersten sacraalwervel met die van den tweeden wervel maakt. De vlakken zijn hier echter niet uitgehold, doch zelfs eenigszins convex en raken elkaar in een lijn, die dorso-ventraal verloopt (fig. 8 bij *a*]. De pars costalis van den derden sacraalwervel heeft aan de vorming der gewrichtsvlakte een zeer klein aandeel, dat ongeveer in hetzelfde vlak ligt als dat van den tweeden wervel. Het groote verschil tusschen de facies auricularis van het volwassen bekken en die van het kinderbekken is dus, dat bij het volwassen bekken de uiteinden der partes costales concaaf zijn, aan het kinderbekken convex. De overeenkomst is, dat bij beiden het diepste punt gevormd wordt door den overgang van den eersten in den tweeden sacraalwervel.

De facies auricularis van het darmbeen is grofweg het positief van die van het sacrum. Bij het kinderbekken vindt men haar dus in de lengterichting convex, waarbij iedere helft den druk vertoont, waarin de beide bolle partes costales passen (fig. 9). Bij het volwassen bekken bestaat ze in hoofdzaak uit een bergrug over haar geheele lengte, die een stompen top heeft (fig. 10*b*), passend in de grootste holte in de gewrichtsvlakte van het sacrum, doch het oppervlak krijgt een eenigszins ander aanzien door het hoog opstaan van den scherpen voorsten rand (fig. 10*r*).

Hoe het komt, dat de uiteinden der partes costales, die oorspronkelijk bol waren, later hol gevonden worden, waag ik niet te beslissen, doch zeker zijn de individueele verschillen, die maken, dat de gewrichtsvlakten van sommige bekkens op het eerste gezicht weinig op elkaar gelijken, daaraan toe te schrijven, dat deze overgang van bolle tot holle vlakten in meerdere of mindere mate heeft plaats gehad.

Bij de beschrijving van dit gewricht dient rekening gehouden te worden met de veelvuldige afwijkingen van den typischen vorm als gevolg van de ontwikkeling van dit deel van het skelet. Bekkens met duidelijke overgangswervels, zgn. lumbosacraalwervels vindt men in zeer grooten getale. Andere bekkens waar dit ontwikkelingsproces slechts aan één kant nog te herkennen is, zijn

evenmin een zeldzaamheid. Tusschen deze nog duidelijk herkenbare bekkens met overgangswervels en anderen waarin we het normale type. meenen te ontdekken, bevinden zich noodzakelijk ettelijke tusschenvormen. Voor een groot deel zal men daaraan de belangrijke individueele verschillen moeten toeschrijven. Ik zelf durf daarom geenszins beweren, dat de door mij afgebeelde en beschreven bekkens als het meest veelvuldig voorkomende type mogen worden beschouwd. Ik meen daarom, dat men voor de functie van dit gewricht in het algemeen op kleinere details niet al te zeer moet letten; het voornaamste deel ervan wordt gevormd door den genoemden bergrug op het darmbeen en de daaraan beantwoordende uitholling in het sacrum. Verder mag zeer zeker evenmin uit het oog worden verloren, dat de functie van een gewricht niet alleen aan het droge praeparaat kan worden bestudeerd. Ongetwijfeld is daarvoor onmisbaar de studie van het met niet geschrompelde banden voorziene gewricht zooals zich dit in het versche cadaver voordoet. Om licht te begrijpen redenen is dit voor den verloskundige echter een weinig geschikt object.

Wanneer men een sacrum en een ileum van de banden ontdaan tegen elkaar past, dan krijgt men den indruk dat het holle oppervlak (fig. 6*x*) door den bergrug (fig. 105) wordt opgevuld. Beproeft men nu de gewrichtsvlakten ten opzichte van elkaar te verschuiven, dan bemerkt men spoedig, dat een kleine verschuiving van het sacrum naar achteren mogelijk is, doch dat dit veel gemakkelijker gaat, wanneer tegelijk de basis van het sacrum naar achteren gekanteld wordt. Dat is dus de beweging door Hermann Meyer beschreven als geschiedende om de as *b* fig. 1.

In het gewricht kan het sacrum draaien tusschen de ilea in dien zin, dat het promontorium zich naar achteren beweegt, en deze draaiing geschiedt om een transversale as, die door de diepste punten der gewrichtsvlakten loopt, d. i. op de plaats van overgang van den eersten in den tweeden sacraalwervel. Wil men op dezelfde wijze het sacrum met het promontorium naar voren laten draaien, dan stuit men tegen den hoogopstaanden, scherpen rand aan den voorkant der gewrichtsvlakte op het ileum, terwijl iedere andere verschuiving tusschen de beenderen onmogelijk is, omdat het bolle oppervlak van het ileum aan alle kanten stuit tegen den wand der holte in het sacrum.

Het tegen elkaar passen der beenstukken is het best te zien op doorsneden van bekkens. Ik heb daarom verschillende bekkens in gips ingesloten en in schijven gezaagd. Door de zaagsneden te leggen evenwijdig aan het vlak van den bekkeningang kreeg ik doorsneden, die veel overeenkomst vertoonen met de figuren van

Waldeyer [1]). Fig. 11 is een doorsnede, gelegd iets onder den bekkeningang, zij raakt dus links juist het bovenste deel van het gewricht. Rechts is het gewricht niet geopend, omdat het bekken scheef is; de rechter helft is minder ontwikkeld.

Men ziet nu, hoe het sacrum in de geheele gewrichtsspleet licht concaaf is, het ileum convex. Fig. 12 stelt eene doorsnede voor in dezelfde richting, doch ruim 2 cM. lager. Hier ziet men eveneens het sacrum over de grootste helft concaaf, en tegelijk hoe, evenals in de figuur van Waldeyer de spleet aan de centrale zijde als een haak zich mediaanwaarts buigt, waarbij natuurlijk het ileum de doorsnede vertoont van den scherpen hoogopstanden rand, welke de facies auricularis aan de ventrale zijde begrenst. De doorsnede in fig. 13 ligt nog ruim 2 cM. lager en vertoont het sacrum overal concaaf, het ileum convex.

De rechter gewrichtsspleet vertoont een ander verloop, het gewricht is bij dit scheeve bekken blijkbaar niet goed ontwikkeld. In fig. 11 is de spleet niet geopend; in fig. 13 is het sacrum licht concaaf. In fig. 12 begint de gewrichtsvlakte waarschijnlijk bij x, wat daarachter ligt moet tot de aanhechtingsplaats van het lig. sacro-iliacum interosseum behooren: de spleet is dus nagenoeg recht. De uitholling van het sacrum is aan den rechterkant op de doorsneden dus gering. Dit gewricht mag niet gelden als normaal; doch het is zeer moeilijk bekkens met precies gelijk gevormde gewrichten te vinden, (wat in verband met het boven opgemerkte over bekkens met overgangswervels niet te verwonderen is) en om de zaagsnede symmetrisch aan te leggen.

De fig. 14, 15 en 16 geven ongeveer hetzelfde te zien aan een minder krachtig ontwikkeld bekken; de sneden hebben hier ongelukkigerwijze nergens de diepste uitholling in het sacrum getroffen.

Deze doorsneden bevestigen dus de voorstelling van een hol oppervlak in het sacrum, waarin een bolopppervlak van het darmbeen past. Ook op een doorsnede in de lengterichting van het sacrum is dat duidelijk te zien, bijv. fig. 17. Hier is door de zaag het kraakbeen zoo vernield, dat het moest weggepraepareerd worden, waardoor het sacrum de holte vertoont, door het been zelf gevormd. Hoewel deze dieper is dan in natura, is het van belang de scherpe beenpunten en de diepe holte te bezien, omdat het toch het been is, dat verschuivingen van het sacrum tusschen de darmbeenderen moet beletten; kraakbeen is tegen een aanhoudenden druk niet bestand. Op deze doorsnede is weer duidelijk, dat de as,

[1]) De zwarte lijnen op de achterstaande doorsneden geven de grenzen der beenstukken aan, wat daartusschen ligt is kraakbeen enz.

waarom het sacrum kan draaien, ligt op de overgangsplaats van den eersten in den tweeden sacraalwervel.

De doorsneden in fig. 12 en 13 doen zien, hoe behalve door den bergrug op het darmbeen, ook nog door den achtersten rand van de facies auricularis op het sacrum een uitstekende punt gevormd wordt, die, grijpende in de groeve achter den bergrug op het darmbeen, noodzakelijk verschuiven van het sacrum moet beletten.

Omtrent de symphysis pubis kunnen we kort zijn. In mijne dissertatie heb ik daarover eenige historische bijzonderheden meegedeeld, die ik hier niet zal herhalen. Ik heb geen gelegenheid gehad persoonlijk de symphysis van zwangeren of puerperae anatomisch te onderzoeken. Een onderzoek bij verschillende dieren moest ik wegens tijdsgebrek staken. Slechts zooveel kon ik met zekerheid gewaar worden, dat bijv. de cavia in niet zwangeren toestand een zeer weinig bewegelijke symphysis pubis bezit, met de schaambeenderen dicht aan elkaar verbonden door strak bindweefsel, terwijl men gedurende de laatste dagen der zwangerschap een lig. interosseum pubicum vindt van bijna 1 cM. lengte, dat aan de symphysis een zeer groote bewegelijkheid verleent.

Ook de geschiedenis van de bewegelijkheid der bekkengewrichten en van hare beteekenis voor de baring, zal ik te dezer plaatse stilzwijgend voorbijgaan. Zooals bekend is komt aan Walcher de eer toe, deze bewegelijkheid aan de praktijk dienstbaar gemaakt te hebben. Volgens hem zou de conj. vera bij maximale strekking ongeveer 1 cM. grooter zijn dan bij maximale flexie. Bekend is ook hoe Bonnaire en Bué op het internationaal gynaecologisch congres te Amsterdam in 1899 berichtten, dat zij, bij 12 gestorven puerperae door de horizontale ligging in die van Walcher te veranderen, gemiddeld slechts een vermeerdering van 3.5 mM. verkregen. Geen der schrijvers over dit onderwerp heeft er echter de aandacht op gevestigd, dat de vergrooting van den bekkeningang, door Walcher's ligging te verkrijgen, afhankelijk moet zijn van de *mate* van bewegelijkheid van het sacrum tusschen de darmbeenderen. En toch achtte ik het van groot belang dit nader te onderzoeken.

Bij mijne onderzoekingen op het cadaver heb ik tevens Pestalozza's opvatting omtrent de voordeelen van Walcher's ligging nader getoetst. Deze meent namelijk, dat, zoodra men de vrouw in Walcher's ligging brengt, de symphysis daalt ten opzichte van het promontorium en daarom het gedeelte van den kinderschedel, dat tegen de symphysis rustte, dieper gaat staan. Wordt nu, door de vrouw in flexie te brengen, de symphysis weder opgeheven, dan zou deze als het ware om het hoofd naar boven

geschoven worden, wat hetzelfde effect zou hebben, alsof het hoofd dieper in het bekken was gekomen. Aan eenige cadavers heb ik den uitslag van deze boogvormige beweging der symphysis gemeten. Hierdoor bleek, dat als een passer gezet wordt met één punt op het onderste uiteinde van het sacrum, het hoekpunt bij het promontorium en het andere been boven op de symphysis, dat dan de hoek door Walcher's ligging te veranderen in die der maximale flexie 6° tot 8° grooter wordt. Inderdaad kan dus plaats hebben wat Pestalozza zich voorstelt, en om eenig effect daarvan te zien zou men gedurende een wee, als dus het hoofd op of in den ingang gefixeerd wordt, herhaaldelijk de vrouw van Walcher's ligging in die der maximale flexie moeten brengen en zoo de symphysis over het hoofd naar boven schuiven.

Het is mij niet gelukt dit na te bootsen. Ik had houten bollen laten maken met middellijnen tusschen 10 en 12 cM. telkens met $^1/_4$ cM. opklimmende Wel kon ik in Walcher's ligging een grooteren bol van boven door het bekken duwen dan in andere posities, doch nooit is een bol, die er dan niet door kon, er wel doorgegaan door de zooeven beschreven bewegingen in den zin van Pestalozza. Hierbij moet men wel in het oog houden, dat men door handenkracht onmogelijk een bol of kinderhoofd zoo goed fixeeren kan als dit door den uterus met de hulp der romp- en buikspieren geschiedt, en verder, dat een hoofd samendrukbaar is en daardoor beter gefixeerd wordt. Met een kinderhoofd kon ik het nooit nabootsen omdat het flink ontwikkelde hoofd door alle cadaverbekkens, welke ik onderzocht, nadat de bekkenorganen verwijderd waren, zonder eenig mechanisme spelend heenging.

Ik meen, dat het grootere voordeel in de praktijk van Walcher's ligging waargenomen — grooter dan blijken zou uit de cadaveronderzoekingen van vele schrijvers — niet in de eerste plaats door Pestalozza's beschouwing moet worden verklaard. Mijns inziens moet de verklaring gezocht worden in het feit, dat steeds cadavers gemeten werden en niet eens altijd van zwangeren of puerperae. Geen der maten, genomen aan niet zwangere vrouwen of cadavers daarvan, mogen vergeleken worden met die, welke gedurende den partus worden gevonden. Immers de bewegelijkheid is bij de zwangere zooveel grooter en bovendien is het de vraag, of het bandapparaat, dat bij het leven der vrouw groote bewegelijkheid toeliet, na den dood nog even kneedbaar is. Ik heb tenminste in het cadaver eener vrouw, welke 8 dagen p. p. gestorven was, zoo geringe bewegelijkheid gevonden als men in vivo ongeveer niet waarneemt. Hier vond ik dan ook het verschil tusschen de conj. vera bij maximale flexie der beenen en die bij Walcher's ligging slechts

4 mM., wat overeenstemt met de maten van **Bonnaire** en **Bué**.

Om een oordeel te krijgen over de bewegelijkheid der bekkengewrichten in de zwangerschap en daarna en over de waarde, welke deze bewegingen voor de praktijk hebben, heb ik getracht die bewegingen bij een groot aantal personen waar te nemen.

Omdat ieder schaambeen met het darm- en zitbeen aan zijn kant één geheel vormt, is verschuiving der schaambeenderen langs elkaar alleen mogelijk, wanneer ook het ileum tegelijk langs het sacrum schuiven kan. Wanneer men dus beweging in de symphysis pubis waarneemt, dan kan men er zeker van zijn, dat ook minstens een der artt. sacro-iliacae beweegt, en wel moet die beweging sterker of zwakker zijn, naarmate de schaambeenderen verder of minder ver langs elkaar schuiven. Als dit niet het geval was, zouden de beenstukken moeten buigen en dat is bij den gezonden volwassen mensch zonder zeer groot geweld onmogelijk. Men behoeft dus, om een oordeel te krijgen over de bewegelijkheid der onderdeelen van den bekkenring, alleen die der symphysis pubis te kennen. Dit is een groot voordeel, omdat de symphysis zeer goed toegankelijk is voor onderzoek, terwijl de artt. sacro-iliacae zeer moeilijk waar te nemen zijn. Van buiten is het namelijk zeer bedriegelijk, omdat zich zoovele spieren onder de waarnemende handen bewegen, bovendien nog meestal door een flinke vetlaag bedekt. Per rectum is het onderzoek bijna altijd pijnlijk, omdat men heel hoog moet opgaan, en is niet altijd het gewricht goed te bereiken.

Om beweging in de symphysis pubis waar te nemen kan men bij de vrouw den wijsvinger in de vagina tegen de onder- of achtervlakte daarvan leggen en den duim van buiten op den bovenkant; als dan de vrouw beurtelings op één been gaat staan of nog beter met kleine passen loopt, voelt men het schaambeen aan den kant van het belaste been naar boven gaan. Bij den man neemt men hetzelfde waar, door den top van den wijsvinger juist boven de inplanting van den penis in te drukken en den duim weer op den bovenkant der symphysis te leggen. Op deze wijze voelt men het verschuiven der schaambeenderen langs elkaar en kan men ook waarnemen of en hoever ze uiteenwijken.

Het is me niet gelukt een bruikbare methode te vinden om die bewegingen te registreeren en ze aldus in een absolute maat uit te drukken. Met eenige oefening onderscheidt men de bewegelijkheid vrij nauwkeurig in drie afdeelingen: gering, middelmatig en sterk, zoodat zij door Prof. **Kouwer** en mij onafhankelijk van elkander bij dezelfde persoon geschat, bijna altijd met denzelfden term werd gekenmerkt.

Hoewel nagenoeg altijd eenige bewegelijkheid in de symphysis

pubis te constateeren valt, is deze bij den normalen mensch bijna zonder uitzondering gering. Bij 40 vrouwen, waaronder zoowel virgines als multiparae, 14 mannen en eenige kinderen, vond ik als grootste bewegelijkheid, dat de schaambeenderen naar schatting 2 mM. langs elkaar schoven. Bij enkelen was de bewegelijkheid nagenoeg nul, nml. bij eenige virgines en een paar oude vrouwen. De mannen waren allen tusschen 20 en 30 jaren en vertoonden duidelijk waarneembare bewegingen, evenals de kinderen. Veel grooter wordt de bewegelijkheid in de laatste maanden der zwangerschap. Ik heb waargenomen 233 zwangeren. De waarneming geschiedde bijna altijd in de 10de maand; was ze vroeger verricht, dan werd ze gewoonlijk in de laatste maand herhaald

In 164 gevallen heb ik de bewegelijkheid ook nagegaan na den partus en wel nagenoeg altijd op den 12den dag. Hierbij was:

vermeerdering waar te nemen in	26 gevallen	=	15.85°/₀
geen verschil „ „ „ „	127 „	=	77.44 „
vermindering „ „ „ „	11 „	=	6 7 „

In verreweg de meeste gevallen was de bewegelijkheid gelijk gebleven. Nu kan het zeer goed zijn, dat in het puerperium de bewegelijkheid snel afneemt, zoodat ze gedurende den partus toch veel grooter geweest is en bij de waarneming op den 12den dag ongeveer het niveau van voor den partus bereikt had. Zeker is toch, dat gedurende den partus de bewegelijkheid niet kleiner zijn kan dan in de laatste maand daarvoor.

Onder de 233 gravidae waren 129 primigravidae,
68 secundigravidae,
36 multigravidae.

Gaan we na hoe de bewegelijkheid zich verdeelt onder deze drie groepen, dan vinden we:

	Gering.	*Middelmatig.*	*Sterk.*
129 primigravidae .	47 = 36.43°/₀	56 = 43.41°/₀	26 = 20.16°/₀
68 secundigravidae	13 = 19.35 „	28 = 41.18 „	27 = 39.71 „
36 multigravidae. .	2 = 5.55 „	9 = 25 „	25 = 69.44 „

De verschuiving bij „gering" is ± 1 mM., bij „middelmatig" 3 à 7 mM., bij „sterk" grooter dan 7 mM. Soms zijn de bewegingen zeer groot. Eén geval heb ik waargenomen waar de schaambeenderen in hun geheele hoogte langs elkaar schoven, zijnde 5½ cM.

We zien uit de tabel hoe bij de primigravidae de bekkens met „middelmatige" bewegelijkheid overwegen, die met „sterke" in de minderheid zijn; terwijl bij de multigravidae „geringe" bewegelijkheid bijna niet voorkomt en verreweg de meeste bekkens „sterk" bewegelijk zijn; de secundigravidae liggen er tusschen. Hieruit

blijkt dus onmiskenbaar de invloed, dien voorafgaande zwangerschap en partus hebben op de bewegelijkheid der gewrichten in eene volgende zwangerschap. Het bandapparaat, dat een of meermalen verslapt geweest is, laat in de volgende zwangerschap grootere bewegingen toe dan in de vorige.

Om te weten welk voordeel men bij *vernauwde bekkens* te wachten heeft van Walcher's ligging, heb ik bij 29 vrouwen de conj. diagonalis in vivo gemeten in 3 houdingen, nml.:

1°. met de beenen zoo sterk mogelijk geflecteerd, zoodat de knieën tegen de borst komen (steensnedeligging);

2°. horizontaal, het geheele lichaam gestrekt;

3°. in Walcher's ligging.

Daarbij bleek, dat de gemiddelde vermeerdering, die verkregen wordt door de steensnedeligging te veranderen in die van Walcher bedraagt 7.3 mM. Hiervan werd in 23 gevallen gemiddeld 3.6 m.M. verkregen door de steensnedeligging te veranderen in de horizontale, en in 24 gevallen gemiddeld 4.6 m.M., door de vrouwen hieruit te brengen in Walcher's ligging.

Bij drie cadavers van vrouwen, die kort na den partus overleden waren, werd door directe meting een gemiddelde vergrooting der *conj. vera* gevonden van 6.3 m.M. in 't geheel.

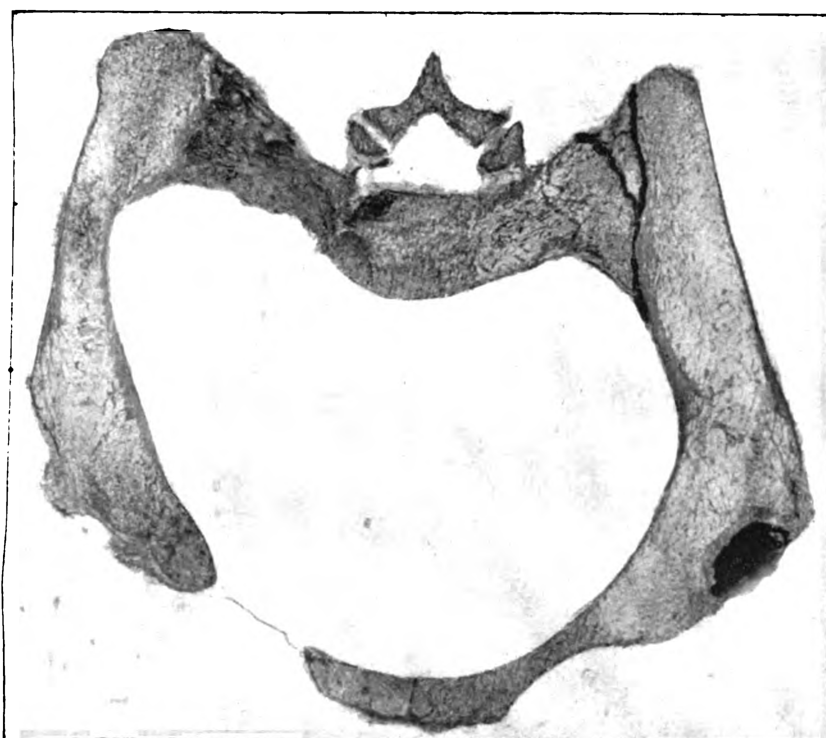
Bij die vrouwen was de bewegelijkheid:

3	maal	„gering"	met gemiddeld	4.1	m.M.	vermeerdering.
11	„	„middelm."	„ „	8	„	„
7	„	„sterk"	„ „	8.4	„	„

Hieruit blijkt dus, dat waar de bewegelijkheid „middelmatig" is, waar dus het sacrum grootere draaiing maken kan dan bij „geringe" bewegelijkheid, het promontorium zich ook verder van de symphysis verwijdert; het is dus in overeenstemming met de theorie. Veel kleiner is het verschil in vermeerdering tusschen de gevallen met „sterke" bewegelijkheid en die met „middelmatige". De getallen zijn echter te klein om hieruit gevolgtrekkingen te maken.

Uit mijne metingen blijkt dus, dat gemiddeld de conj. diag. bijna een halve centimeter grooter gemaakt kan worden door Walcher's ligging in de plaats te stellen van de horizontale. Men mag echter gerust aannemen dat in werkelijkheid meer gewonnen wordt, dan uit de metingen blijkt. Immers bij het vaststellen der therapie, die men zal aanwenden, beoordeelt men een bekken naar de maten, die genomen zijn in de meest geschikte houding, waarin men gewoon is de conj. diag. te meten. Hierbij worden de beenen der patiënte bijna altijd iets gebogen, want het meten bij gestrekte beenen is moeilijk. Onze voorstellingen omtrent den invloed van

een bepaalden graad van bekkenvernauwing berusten voor een groot deel op de bekkenmaten, die in gebogen houding der vrouw, niet in horizontale genomen zijn. De toename der conj. vera, die de Hängelange ons verschaft, is dus grooter dan wat de overgang van horizontale in Walcher's ligging levert en betreft wel degelijk tevens de winst, die van buiging tot horizontale houding wordt verworven. Dat een toename van de rechte afmeting van den bekkeningang met 4.1 m.M. bij bekkens met „geringe" bewegelijkheid, van 8.4 m.M. bij „sterk" bewegelijke bekkens voor de baring bij bekkenvernauwingen geen onverschillige zaak is, behoeft geen betoog. Dit te bewijzen met klinische waarnemingen is slechts mogelijk bij een zeer groot materiaal, gedurende langen tijd waargenomen, waardoor een vergelijking mogelijk zou zijn met de resultaten van een even groote waarnemingsreeks waarin Walcher's ligging niet werd toegepast. Uit mijn onderzoek meen ik het recht te mogen putten voor de stelling, dat de mate van bewegelijkheid van grooten invloed is op de vatbaarheid voor verruiming, dat het nagaan van die bewegelijkheid verdient opgenomen te worden onder de methoden van onderzoek, die ons in staat stellen de prognose voor de baring bij een vernauwd bekken te formuleeren.



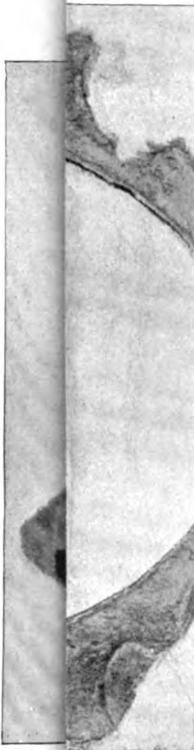
11*b*

Fig. 11.



11*c*

Fig. 12.



I*b*



I*a*

INTEGRALE STATISTIEK VAN STERFTE EN KOORTS IN DE VERLOSKUNDIGE KLINIEK DER RIJKS-UNIVERSITEIT TE GRONINGEN 1898—1901,

DOOR

Prof. G. C. NIJHOFF.

Van 1 Januari 1898 tot 31 December 1901 werden in de verloskundige kliniek opgenomen 212 patiënten.

Van deze werd een patiënt opgenomen, nadat zij op straat bevallen was. Een patiënt, 1 para werd wegens eclampsie opgenomen in coma en stierf, zonder een nieuwen aanval, onverlost ongeveer anderhalf uur na hare opname.

De overige 210 patiënten bevielen in de kliniek.

Van deze stierven drie:

N°. 1 stierf den 10^den^ dag na een Sectio caesarea aan peritonitis. De historie dezer patiënt is door mij medegedeeld in het Ned. Tijdsch. v. Verlosk. en Gyn. 1899.

N°. 2 werd in partu en bijna moribunda overgenomen van de chirurgische kliniek, waar zij wegens angina Ludovici was opgenomen en overleed binnen 24 uur na den partus.

N°. 3 werd opgenomen met tympania uteri en gassepsis (zie Tijdsch. v. Geneesk. 1902 n°. 10) na een verzuimde dwarsligging. Na het kunstmatig bevorderen der zelfontwikkeling beviel deze patiënt, die na twee dagen overleed.

Van deze 4 sterfgevallen komt dus 1 op rekening der kliniek.

De overige 208 patiënten werden alle genezen ontslagen, afgezien van stoornissen, waarmee zij vóór hun komst in de kliniek behept waren (epilepsie, carcinoma laryngis, phthisis, nephritis, rheumatismus, spondylitis, lues enz.).

Bij de volgende statistieken is met deze patiënten geen rekening gehouden, behalve met de patiënt, die na sectio caesarea overleed, welke zoowel in de tabel der kunstbewerkingen, als in die der meer dan driedaagsche temperatuurverhoogingen is opgenomen.

Van deze patiënten waren:

Primigravidae 92, multigravidae 116.

Van de primigravidae bevielen:

spontaan 70, met kunsthulp 22.

Van de multigravidae bevielen:

spontaan 66, met kunsthulp 50.

Het hooge percentage der kunstbewerkingen is grootendeels toe te schrijven aan het zeer groote getal nauwe bekkens, in de kliniek waargenomen.

Van 93 primigravidae hadden 21 een te nauw bekken; daarvan werden kunstmatig verlost 14;

Van 116 multigravidae hadden 50 een te nauw bekken; daarvan werden kunstmatig verlost 37,

zoodat 52 van de 73 verrichte kunstbewerkingen (met inbegrip der sectio caesarea bij de patiënt die overleed) bij een te nauw bekken werden verricht.

Een overzicht der verrichte kunstbewerkingen geeft Tabel I.

Bij de 208 (209) patiënten werd bij 16 een of tweemaal waargenomen dat de temperatuur hooger was dan 37°5 maar lager dan 38°. Deze 16 gevallen, allen zonder eenige bijzonderheid genoteerd, laat ik verder buiten rekening.

Bij 71 (resp. 70) van de 209 (208) patiënten kwamen in het kraambed temperatuursverhoogingen boven 38° voor, die op Tabel II vermeld zijn.

Een overzicht van de oorzaken der temperatuursverhooging, voor zoover bekend, volgt op Tabel III.

Hierna volgt een korte beschrijving der waargenomen temperatuursverhoogingen.

Temperatuursverhooging gedurende één dag.

Deze werd waargenomen bij 15 van de 136 vrouwen, die spontaan bevielen, bij 12 van de 72, die met kunsthulp werden verlost. Hiervan hadden 17 de temperatuursverhooging in de eerste week, 10 in de tweede week.

Driemaal steeg de temperatuur boven 39°, nl. ééns op den 11en dag, na het opstaan, bij eene primipara, die spontaan bevallen was, eens op den 6en dag bij een multipara, die spontaan bevallen was, zonder dat een reden daarvoor was te vinden, en ééns bij een spontaan bevallen multipara op den 9en dag, wegens tepelzweeren. Als oorzaak voor de eendaagsche temperatuursverhooging is aangeteekend:

2 maal roodheid en zwelling van het gehechte perineum (eenmaal 4e dag 38°2 en eenmaal 5e dag 38°3).

3 „ koprostase (4e dag 38°6, 5e dag 38°7, 12e dag 38°3).

1 „ stinkende afscheiding door retentie van een deel der eivliezen (11e dag 38°8. Primipara, gemelli, extractie van het tweede kind aan den voet).

TABEL I.

Kunstbewerkingen.			Temperatuur.					
Operatie.	nauw bekken.	aan-tal.	niet verhoogd	verhoogd. 1 d.	2 d.	3 d.	4 d. en meer	
Abortus prov. wegens placenta praevia		1	1					
Partus provocatus + extr. vt.- of stuitl.	2	2	1	1				12e d. 38°3 koprostase.
„ „ + forcip. extractie .	4	4	4					I 8e d. 38°1.
„ „ + versie	7	7	5	2				II 7e d. 38°5.
„ „ + manueele verwijdering der placenta.	1	1		1				6e d. 38°3.
Expressie (Kristeller)		2	1	1				6e d. 38° in partu ingebracht.
Extractie bij voet- of stuitligging . . (resp. ontwikkeling v. armen en hoofd). (exc. II a)	5	10	6	2			2	I 4e dag 38°7. II 11e d. 38°8 stinkende lochiën. III 3e—9e d. parametritis. IV 3e—9e d. resorptie (ingebracht wegens plac. praevia.
Forcipale extractie (exc. II b) . . . ,	9	13	8	3			2	I 6e d. 38° II 2e d. 38°2 in partu ingebracht. III 12e d. 38°2. IV 3e—8e d. ulc. puerp. V 2e—7e d. „ „
(exc. II c. *Versie en extractie* bij schedelligging .	6	6	4	1			1	I 1e d. 38°2. II parametritis (3 md. ziek).
„ „ „ bij voorhoofdsligg.	1	1	1					
„ „ „ bij dwarsligging .	2	4	3				1	9e en 10e dag, 19e en 23e dag } lymphangoïtis. mammae.
„ „ „ bij prolapsus funiculi	1	1	1					
„ „ „ bij placenta praevia		3	1		1		1	I 5e d. 38° 7e d. 38°2 in partu ingebr. II 5e—10e d. resorptie in „ „
Craniotomie	7	8	6	1			1	I 5e d. 38°7 koprostase. II 1e d. 39°9 — 5e d. 37°5 in partu ingebracht T 39°9.
Decapitatie	1	2	1		1			1e d. 39°2, 2e d. 38 in partu ingebracht T. 38°3.
Sectio caesarea	6	6	3		1	1	1	I 1e d. 38°2, 2e d. 38°3 in partu ingebr. II 11e d. 38°5, 12e d. 38°8, 13e d. 39°2 phlegmasia alba dolens. III peritonitis † 10e dag.
Laparotomie wegens extra-uterine zwangerschap à terme		1			1			2e d. 38°4, 3e d. 38°6.
Manueele verwijdering der placenta . .		1					1	Lues (2e—8e d.) 38°. Ulcera puerperalia.
(+ 3 gevallen II b, II c en IV) . .								
	52	73	46	12	4	1	10	

1 maal tepelzweeren (9e dag 39°2).

1 „ mastitis incipiëns (12e dag 38°2, primipara, forcipale extractie, ruptura perinei p. p. i. genezen.

3 „ was de temperatuur verhoogd na het voor de eerste maal opstaan (primiparae: 9e dag 38°2; 10e dag 38°7; 11e dag 39°2), terwijl

1 „ de temperatuur 's avonds 38°1 was bij eene multipara, die in den morgen snel en spontaan was bevallen.

TABEL II.

Groep.		Aantal.	Temperatuur *niet verhoogd.*	T. verhoogd 1 dag	T. verhoogd 2 dagen.	T. verhoogd 3 dagen.	T. verhoogd meer dan 3 d.	T. verhoogd Totaal.	
I.	Primi gravidae, spontaan bevallen.	70	46	10	5	3	6	24	
II.	Primi gravidae, kunstmatig verlost	22	11	3	3	1	4	11	
III.	Multi gravidae, spontaan bevallen.	66	45	7	5	1	8	21	
IV.	Multi gravidae, kunstmatig bevall.	50	36	7	2	0	5	14	
		208	138	27	15	5	23	70	
	+ 1 primi gravida door S.C. verlost	1					1	1	Overl. 1
	Totaal .	209	138	15	15	5	24	71	

Hiervan kwamen voor in:

	1 dag	2 dagen	3 dagen	meer dan 3 d.	Totaal
1898	9	10	1	9	29
1899	8	0	0	3	11
1900	1	2	0	9	12
1901	9	3	4	2	18

TABEL III.

Oorzaken der Temperatuursverhooging.	Primiparae. Groep I. 1 dag.	2 dagen.	3 dagen.	meer dan 3 dagen.	Primiparae. Groep II. 1 dag.	2 dagen.	3 dagen.	meer dan 3 dagen.	Multiparae. Groep III. 1 dag.	2 dagen.	3 dagen.	meer dan 3 dagen.	Multiparae. Groep IV. 1 dag.	2 dagen.	3 dagen.	meer dan 3 dagen.	Totaal	1 dag.	2 dagen.	3 dagen.	meer dan 3 dagen.
Malaria		1															1		1		
Carcinoma laryngis . .										1							1		1		
Lues, resp. gonorrhoe . .		1										2					3		1		2
Mastitis resp. zeere tepels.		1	2		1				1	3	1	1					11	2	4	3	2
Koprostase	1					1						1	1				4	2	1		1
Wondinfectie aan 't perineum en de vulva . .	2							3									5	2			3
Resorptie van bloed, eiresten, resp. endometritis.		1	1	5		1		1	1			2	1	2		2	17	2	4	1	10
Thrombose (phlegmasia) .							1			1							2		1	1	
Parametritis				1								2				2	5				5
Niet vermeld: *vóór* 9e dag.	3	1			1	1			4				5				15	13	2		
„ „ *na* 9e „	4				1				1								6	6			
Totaal.	10	5	3	6	3	3	1	4	7	5	1	8	7	2	0	5	70	27	15	5	23
	24				11				21				14								
58 partus 1898	5	4	1	3	1	2	0	2	2	3	0	2	1	1	0	2	29	9	10	1	9
48 „ 1899	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	4	0	0	0	11	8	0	0	3
50 „ 1900	0	1	0	3	0	0	0	1	0	1	0	3	1	0	0	2	12	1	2	0	9
56 „ 1901	2	0	2	0	2	1	1	1	4	1	1	0	1	1	0	1	18	9	3	4	2

Bij de 15 overige gevallen staat in de historia partus of puerperii niets omtrent de oorzaak vermeld, terwijl in geen der 27 gevallen de ééndaagsche temperatuursverhooging met stoornissen van beteekenis vergezeld ging.

Temperatuursverhooging gedurende twee dagen.

Deze werd waargenomen 10 maal bij de 136 vrouwen, die spontaan en 3 maal bij de 72 vrouwen, die met kunsthulp bevielen.

Viermaal is bij spontaan bevallen vrouwen geen oorzaak der temperatuursverhooging vermeld.

Deze trad op resp. den 2en en 5en dag, den 3en en 5en; den 5en en 6en en den 4en en 5en dag en rees niet hooger dan 38°5 terwijl zoowel subjectieve als objectieve symptomen ontbraken.

Eenmaal bestond bij een primipara een mamma-abces, dat reeds vóór den partus was geïncideerd. Onder zwelling en roodheid der mamma steeg de temperatuur den 4en dag tot 38°.7, den 5en dag tot 38°.5.

Driemaal werd bij temperatuurstijging op den 5en en 6en, den 7en en 8en en den 10en en 11en dag onder 39° een beginnende mastitis genoteerd, die in geen dezer gevallen in abscesvorming overging.

Eenmaal steeg den 9en en 10en dag de temperatuur tot 38°.8 resp. 38°.3 bij eene secundipara met inoperabel carcinoma laryngis (n°. 12, 1898), waarschijnlijk niet zonder den invloed van emoties, daar haar kind plotseling ziek werd en den 15en dag aan endocarditis en meningitis purulenta overleed.

Eénmaal werd malaria genoteerd bij eene primipara die op den 10en dag onder koude rillingen een temperatuur van 39°, den 13en dag eveneens onder koude rillingen een temperatuur van 39°.5 kreeg. Hierop werd sulf. chinini toegediend, daar geen palpabele afwijkingen bestonden en bleef de temperatuur tot haar ontslag (den 17den dag) normaal.

Eenmaal was de temperatuur den 2en dag 38°, den 3en dag 38°.1 bij een spontaan bevallen primipara, die vóór en tijdens de baring condylomata acuminata had.

Eenmaal werd, gedurende twee dagen nl. den 8en en 9en dag een slechts geringe temperatuursverhooging waargenomen nl. 38°.4 resp. 38°, maar deze ging gepaard met een belangrijke polsversnelling, pijn in de hartstreek en geruischen aan de hartpunt, zoodat niet onwaarschijnlijk een (lichte) endocarditis bestond. Deze vrouw. III-para (n°. 46, 1901), spontaan bevallen, verloor door atonie na het, door druk, verwijderen der placenta vrij veel bloed, terwijl 2 dagen na de baring een vrij groot coagulum werd uitgedreven. Op grond hiervan werd een thrombose der bekkenvenae

met embolie der hartkleppen aangenomen. Later bleef de temperatuur normaal, bleef de pols echter nog eenigen tijd schommelen, zoodat de patiënt vrij langen tijd onder observatie bleef. Daarna werden de harttonen weder geheel zuiver en werd de patiënt genezen ontslagen.

Bij de geopereerde patiënten werd tweemaal een tweedaagsche temperatuursverhooging waargenomen.

Bij ééne (n°. 46, 1900), I-para, van buiten de gemeente ingebracht, terwijl reeds vóór 4 dagen het vruchtwater was afgeloopen, werd sectio caesarea gedaan. Den eersten dag bereikte de temperatuur 38°.2, den tweeden dag 38°.2. Daarna bleef zij normaal.

Bij de andere (n°. 5, 1901), in partu ingebracht met een temperatuur van 38°.3 en een pols van 114, hing uit de vagina de arm van een in rotting verkeerende vrucht. De vrouw werd door decapitatie verlost. Dienzelfden dag steeg de temperatuur tot 39°2, den volgenden dag tot 38°.1, daarna bleef zij normaal en ondervond de vrouw geen verdere stoornissen.

Temperatuursverhooging gedurende drie dagen.

Deze werd slechts zesmaal waargenomen. Vijfmaal bij vrouwen die spontaan waren bevallen, eenmaal bij een primipara, die kunstmatig was verlost.

(N°. 30, 1898), I-para, spontaan bevallen van een levend voldragen kind, alleen door een vroedvrouw onderzocht, had den 9en dag 38°.5, den 10en 38°.3, den 17en dag 38°.3 met pijn en roodheid en zwelling der linker borst; een bij de baring ontstane ruptura perinei was gehecht en spontaan genezen.

(N°. 18, 1901), I-para, spontaan bevallen van een levend voldragen kind had den 7en dag 38°.8, den 9en dag 38°.3 en klaagde over buikpijn, zonder dat deze bij druk nader gelocaliseerd kon worden, daarna werd de temperatuur normaal tot den 13en dag, toen zij rees tot 39°.5 onder zwelling en pijnlijkheid der borst, om onmiddellijk daarna tot de norma te dalen en normaal te blijven.

(N°. 20, 1901), werd wegens algemeen te klein bekken (D. sp 23, D. cr. 24.5. D. troch. 29.5. Conj. ext. 17.5. C. diag. 9³/₄. C. vera 8.) uit relatieve indicatie door sectio caesarea van een levend kind verlost. Zij had tot den 11en dag normale temperatuur, maar kreeg toen verhooging tot 38°5. Den 12en dag rees de temperatuur tot 38.8 den 13en tot 39°2 onder zwelling van het rechter been, dat eerst langzamerhand, nadat de temperatuur normaal was geworden weder dun werd: *phlegmasia alba dolens.*

(N°. 22, 1901), I-para, spontaan bevallen, had den 2en dag 38°.3, den 3en dag 38°.1, den 4en dag 38°.1 en *stinkende lochiën.*

(N°. 23, 1901), II-para met een nauw bekken, beviel spontaan, de nageboorte moest met moeite, volgens Credé worden uitgedrukt, de parturiens verloor een tamelijk groote hoeveelheid bloed. Den derden dag rees de temperatuur tot 39°, den 6en dag tot 38°2, de 9en dag tot 39°. Genoteerd is kolpitis ante partum, pijnlijkheid en zwelling der rechter mamma.

Temperatuursverhooging gedurende meer dan drie dagen.

Deze werd waargenomen 13 maal bij vrouwen die spontaan bevielen, 9 maal bij vrouwen die kunstmatig werden verlost.

Tweemaal was de oorzaak *in de mamma* te zoeken.

(N°. 8, 1898), II-para, spontaan bevallen, kreeg den 8en dag 39°5. Tot den 18en dag schommelde de temperatuur tusschen 37° en 38°6. Tweemaal werd een mamma-absces geïncideerd.

N°. 43, 1901), kreeg tweemaal een tweedaagsche temperatuurverhooging nl. op den 9en en 10en dag (40° resp. $38_{0}5$), den 19en steeg de temperatuur opnieuw tot 39°2, den 23en dag tot 38°2. Eerst was de rechter, later de linker mamma sterk gezwollen, rood, heet en pijnlijk.

Eenmaal moest als oorzaak *koprostase* worden vermeld.

(N°. 47, 1892), XI-para, met nauw bekken, spontaan bevallen, had den dag van den partus 38°3, den 4en dag 38°2, den 5en dag 38°7, den 6en dag 38°4 zonder dat iets anders dan enorme koprostase kon worden gevonden.

In twee gevallen kon geen duidelijke verklaring van de verhoogde temperatuur worden gevonden.

(N°. 27, 1898), II-para werd wegens lues in de chirurgische afdeeling verpleegd en met een ulcus aan de tong opgenomen. Zij beviel van een gemacereerde vrucht en had den 2en dag 38°2, den 4en dag 38°2, den 5en dag 38°6, den 6en dag 39°, den 7en dag 38°8, den 8en dag 38°6, den 9en dag 37°8. De eenige klacht was hoofdpijn. Zij had noch pijn in de borsten, noch buikpijn, noch stinkende lochiën. Den 11en dag stond zij op, 18 dagen p. p. werd zij ontslagen, zonder dat bij onderzoek eenige afwijking te vinden was. Echter waren toen de lochiën nog ietwat sanguinolent.

(N°. 36, 1900), VI-para, werd 4 dagen vóór den partus overgenomen van de chirurgische afdeeling waar zij wegens lues met een smeerkuur behandeld werd. Bovendien had zij wegens een gewrichtsontsteking een gipsverband om den linker voet. Reeds vóór den partus was de avondtemperatuur verhoogd (37°8). Noch vóór noch bij den partus, die zeer snel verliep, werd zij inwendig onderzocht. Gedurende de eerste week van het kraambed steeg de tem-

peratuur iederen avond tot boven 38° daarna bleef zij geruimen tijd normaal om 5 weken post partum weder, onder zwelling van het voetgewricht te stijgen. Drie weken later was een pijnlijke zwelling der rechter tuba te voelen, die onder heete vaginaalinjecties en Priessnitz omslagen terugging. Waarschijnlijk is de temperatuursverhooging afhankelijk van de gewrichtsontsteking, die in verband met de salpingitis wel als een gonorrhoïsche mag worden opgevat. Zekerheid daaromtrent ontbrak. Onder de behandeling met heete vaginaal-injecties kreeg patiënt condylomata acuminata.

In drie gevallen bestond *infectie der wonden aan de vulva* bij de baring ontstaan.

(N°. 23, 1898), I-para, vroeger als luetica in de chirurgische afdeeling verpleegd, beviel spontaan van een levend, voldragen kind. De placenta werd manueel verwijderd. Den avond na den partus steeg de temperatuur tot 38°5, den tweeden dag was de temperatuur normaal (37°4), den derden dag bereikte zij 38°4, den vierden 39°2 en was de vulva rood en gezwollen, een wond aan de binnenvlakte v. h. labium minus links met een grijs beslag bedekt, den vijfden dag steeg de temperatuur tot 38°6, den 6en tot 38°3, de 7en tot 38°8, de 8en tot 40, de 9en dag tot 39°2, daarna daalde zij den 10en tot 37°8 om vervolgens normaal te blijven, terwijl de zwelling der vulva en der labia verdween en de wond zich zuiverde. Den 13en dag stond patiënt op, den 18en dag p. p. werd zij genezen en met een gesloten rima pudendi ontslagen.

(N°. 41, 1898), I-para, werd wegens secundaire atonie per forcipem verlost. Om ruptura perinei te voorkomen werd een episiotomie links gedaan, en post partum door eenige hechtingen gesloten. Den derden dag was de avondtemperatuur 38°3 en was de gehechte perineo-vaginale wond oedemateus. Den vierden dag werden de hechtingen weggenomen. De wond ulcereerde en werd met jodoformpoeder bestrooid. Den vijfden dag steeg de temperatuur tot 38°8 om daarna geleidelijk te dalen totdat zij na den 9en dag onder 38° bleef.

(N°. 30, 1900), I-para, werd wegens vrij plotselinge daling der frequentie van de foetale harttonen forcipaal verlost van een kind, dat onmiddellijk na de geboorte van den thorax begon te schreeuwen. De placenta werd na 20 minuten zonder veel moeite uitgedrukt. De wond, door episiotomie gemaakt, werd met vier hechtingen gesloten. Des avonds rees de temperatuur tot 38°5, den tweeden dag tot 40°, den derden tot 39°4, waarop den vierden dag de hechtingen werden verwijderd, 's avonds steeg de temperatuur nog tot 40°2 om vervolgens geleidelijk te dalen, onder zuivering der wond tot den 8en dag (37°5) waarna de temperatuur steeds lager dan 37°5 bleef. Andere oorzaken van deze temperatuursverhooging werden

niet gevonden. De patiënt had zich echter reeds de laatste 14 dagen vóór haar bevalling onwel gevoeld (hoofdpijn, moeheid, gemis aan eetlust) en gevoelde zich in de eerste week na den partus niets anders dan te voren. De polsfrequentie bleef steeds onder 100.

In negen gevallen werd als oorzaak der temperatuursverhooging *retentie van rottende eivliezen*, resp. *bloedcoagula*, *stinkende lochiën*, *endometrtis puerperalis* gevonden.

(N°. 36, 1898) I-para, werd met een temperatuur van 39°.9 in partu ingebracht uit Friesland, nàdat in haar woonplaats vergeefsche pogingen tot extractie waren gedaan. Het kind was gestorven en lag in schedelligging met een segment in den bekkeningang. De vrouw werd door perforatie verlost van de in rotting verkeerende vrucht en de rottende placenta. Den avond na den partus steeg de temperatuur tot 39°.9, den tweede bereikte zij 39°.8, daarna daalde zij geleidelijk tot den vijfden dag (37°.5) waarna zij normaal bleef. Dezelfde patiënt werd twee jaar later vóór den partus opgenomen en in de kliniek door versie en extractie verlost van een levend kind. Het kraambed verliep toen zonder temperatuursverhooging.

(N°. 16, 1898), I-para, beviel spontaan van een levend voldragen kind. In het nageboortetijdperk verloor zij vrij veel bloed, het perineum was ingescheurd en werd met 4 zijden hechtingen gesloten. Den vijfden dag rees de temperatuur tot 38°.6, toen uit den nog vrij sterk uitgezetten uterus bij druk stinkende coagula werden verwijderd. Therapie: secale cornutum. Den 7en dag steeg de temperatuur tot 38°.6, den 8ste dag bleef zij onder 37°.5 terwijl zij den 9en dag tot 38°.4 steeg en de lochiën stonken. Hierop werd de vagina uitgespoeld. Den 10en dag bereikte de temperatuur nog eenmaal 38°.2, totdat zij op den 16en dag plotseling tot 40°,2 steeg wegens een infiltratie der rechter mamma, die na twee dagen door resorptie verdween. Over het verloop der ruptura perinei staat niets in de historie vermeld.

(N°. 40, 1898), I-para, was een jaar te voren wegens lues verpleegd en had in 't begin van hare zwangerschap scabies. Zij werd bij den partus niet inwendig onderzocht, daar bij haar komst in de verloskamer het hoofd reeds in de vulva uitpuilde. De placenta werd door lichten druk onder matige bloeding verwijderd. Zij koortste van den 5en tot den 9en dag onder stinkende etterige vaginaalafscheiding. Den 13en dag stond zij op, den 17en werd zij in uitstekende conditie ontslagen.

(N°. 49, 1898), I-para, in de zwangerschap wegens condylomata acuminata behandeld, beviel snel van een kind, dat bij het begin van de baring nog leefde. De temperatuur steeg den dag

na den partus reeds tot 39°.2 en schommelde tot den 7en tusschen 39°.8 en 38°. De lochiaalsecretie was de 3en dag ietwat pijnlijk, de lochiaal-secretie stinkend. Na den 8en dag geen stoornis meer.

(N°. 20, 1899), II-para werd in partu opgenomen, uit de vulva liep versch bloed. Na 40 minuten werd in stuitligging een onvoldragen kind geboren, dat 1470 gram woog en na 12 uur overleed. De placenta werd onder geringen druk en geringe bloeding na 15 minuten verwijderd. De uterus contraheerde zich goed Terwijl de eerste 10 dagen de temperatuur normaal bleef, steeg zij den 11en dag tot 38°.8, den 12en dag tot 38°.5, den 14en tot 38°.5 en na intusschen normaal te zijn gebleven, den 19en plotseling tot 39°.8 onder een koude rilling, waarn zij verder normaal bleef. Patiënt klaagde den 11en dag over buikpijn, de lochiën stonken.

(N°. 10, 1900), II-para, (1 abortus), beviel spontaan van een levend kind. De placenta werd door geringen druk onder zeer matige bloeding verwijderd. Een ruptura perinei werd met 3 zijden hechtingen gesloten. Den 6en dag steeg de temperatuur tot 38°.2, den 7en tot 38°.8, den 8en tot 38.9, den 10en tot 38°.2, den 12en tot 38°.6. Den 4en en 5en dag waren de lochiën ietwat stinkend en was de uterus pijnlijk bij druk, daarna niet meer. Wegens het anderdaagsch karakter der koorts kreeg zij den 9en dag sulf. chinini. Toch moet wel als oorzaak van de temperatuursverheffing de putride verandering der lochiën beschouwd worden.

(N°. 32, 1900), VII-para, werd door haar medicus uit de provincie naar de kliniek gezonden wegens bloedingen door placenta praevia lateralis. Zij werd gedurende 18 dagen door rust, en als zij bloeding had, door jodoformgaastamponnade behandeld. Intusschen bleek de urine eiwit te bevatten. Toen pat. in partu was gekomen werd bij 4 cM. ontsluiting en gebroken vliezen, volgens Braxton Hichs versie op den voet gedaan en daarna langzaam geëxtraheerd. Het kind was asphyctisch maar kon worden bijgebracht. De placenta werd uitgedrukt. Daar de vrouw daarna vrij veel bloed verloor omdat de uterus zich slecht contraheerde, werd deze met jodoformgaas getamponeerd. De tampon werd na 24 uur verwijderd. Den avond na den partus was de temperatuur 38°.2. Den 5en dag steeg zij tot 38°.7, den 6en tot 40°, na één koude rilling, den 7en en 8en tot 39°.3 den 9en tot 38°.8 den 10en tot 39°.2 om daarna te dalen en normaal te blijven. Behalve eenige pijnlijkheid van den uterus was in 't kraambed niets afwijkends te vinden. Opgemerkt werd dat de pols, die door de anaemie ante partum versneld was, niet in verhouding tot de temperatuur steeg maar de eerste dagen constant tusschen 92 en 116 schommelde, na den 12en dag onder 90 daalde. Met het oog op de historia partus is

hier resorptie van uit den uterus de meest aannemelijke oorzaak der temperatuursverhooging.

(N^0. 37, 1900), I-para werd in partu ingebracht en beviel na het kunstmatig breken der vliezen wegens het niet vorderen der ontsluiting bij hydramnion van een syphilitisch kind (met pemphygus syphiliticus en een vergroote lever) 42 cM. lang en 1720 gram zwaar, dat na eenige uren overleed. Den dag van den partus steeg de temperatuur tot $38^0.5$, pols 80, den tweeden dag tot $40^0.2$, pols 130, waarna een stinkend bloedcoagulum werd uitgedreven, den derden dag was de hoogste temperatuur $37^0.9$, pols 90, den 4^{en} dag $38^0.4$, pols 88, 5^{en} dag $37^0.8$, 6^{en} dag $37^0.9$; vervolgens onder $37^0.5$, behalve op den 9^{en} dag toen de temperatuur tot $37^0.8$ steeg. Den vijfden en zesden dag werden lapjes eivliezen uitgestooten.

(N^0. 30, 1901), I-para, werd wegens bloedingen door placenta praevia uit de stad naar de kliniek overgebracht, nadat zij te voren door een vroedvrouw onderzocht en wegens ontbrekende ontsluiting door den assistent der polikliniek met jodoformgaas was getamponneerd. Dien dag en gedurende den nacht verloor patiënt weinig bloed, maar was zij zeer bleek. Den volgenden voormiddag werd bij ongeveer 6—7 cM. ontsluiting met de hand ingegaan, de placenta doorboord en een voet afgehaald. Hierop werden de weeën sterker, daalde de stuit in en werd na een half uur het (afgestorven) kind langzaam geëxtraheerd, waarbij wegens de nauwe vulva het ontwikkelen der armen eenige moeite kostte. Hierbij en hierna bloedde de patiënt niet meer. Daar na 2 uur de placenta nog niet kon worden uitgedrukt, werd zij met de hand verwijderd. Na den partus was de temperatuur 37^05, de pols 136. Gedurende de eerste 10 dagen schommelde de pols tusschen 120 en 140, de temperatuur tusschen 38^05 en 39^05 en 39^03. Den 11^{en} dag bleef de temperatuur onder 37^05 om daarna normaal te blijven en nam de polsfrequentie geleidelijk af, het haemoglobinegehalte geleidelijk toe (10^{en} dag $30^0/_0$, 16^{en} dag $35^0/_0$, 24^{en} dag $60^0/_0$). Subjectieve klachten ontbraken gedurende het geheele puerperium. De koorts moet blijkbaar als resorptiekoorts worden opgevat.

Vijfmaal werd de temperatuursverhooging toegeschreven aan *parametritis.*

Tweemaal werd deze diagnose gesteld op grond van pijnlijkheid op zijde van den uterus.

(N^0. 42, 1899), II-para, beviel spontaan van een levend, voldragen kind. De placenta werd na 25 minuten door geringen druk onder geringe bloeding verwijderd. Den 8^{en} dag post partum steeg de temperatuur tot 39^05, den 9^{en} dag was zij normaal, den 10^{en} steeg zij tot 40^01., den 11^{en} tot 38^06, den 12^{en} dag tot 39^0. De

patiënt klaagde over pijn in den buik rechts en pijn en zwelling der rechter mamma. Beide gingen onder Priessnitzomslagen en suspensie der borst terug. Den 21en dag post partum werd de patiënt ontslagen. Bij gecombineerd onderzoek was ter zijde van den uterus geen zwelling of resistentie te voelen. De uterus was bewegelijk.

(N°. 12, 1900) V-para, plat bekken, Conj. diag. 10 cM, de eerste maal spontaan bevallen van een dood kind, 2e, 3e, 4e maal, forcipaal van een dood kind verlost. Bij volkomen ontsluiting: voetligging, rug links, met de navelstreng naast den voet. In narcose worden de vliezen gebroken en de linker voet afgehaald. De rechter komt over de bilnaad; na de geboorte van den tronk komt het hoofd niet zeer moeilijk door het bekken, geholpen door uitwendigen druk. Het kind is asphyctisch, maar na 20 minuten geheel bijgekomen, en voldragen (53 cM. 4160 gram). De placenta ligt na 20 minuten geheel los en wordt onder tamelijk aanzienlijke bloeding door eenvoudigen druk op den buik verwijderd.

Het kind heeft een deuk op het rechter wandbeen van boven het oor verloopende vóór het tuber parietale naar de pijlnaad.

De tweede dag p. p. was de temperatuur 's avonds 38°8, pols 120, den derden dag 39°2, pols 100, 5en dag 38°3, 8en dag 38°6, 9en dag 38°4. De vrouw klaagde over pijn rechts naast den uterus. De lochiën waren niet stinkend. Na de 9en dag was met de verhoogde temperatuur de buikpijn verdwenen. De vrouw stond den 14en dag op en werd den 20en zonder eenige klacht ontslagen.

In drie gevallen bestond een langdurige parametritis.

(N°. 9, 1898), IV-para, plat rachitisch-bekken. Conj. diag. 10. 1e maal door perforatie na een mislukte forcipale extractie, 2e en 3e maal door forcipale extractie van een dood kind verlost. Na de 3e bevalling had patiënt 3 weken koorts. Bij bijna volkomen ontsluiting en staande vliezen wordt besloten tot versie en extractie. Beide geschieden zonder eenige moeite. Het kind (49 cM. 2960 gram) heeft een rond hoofd zonder sporen van drukking. De placenta wordt gemakkelijk zonder veel bloeding verwijderd. Den tweeden dag steeg de temperatuur tot 39°5, den derde tot 40°4, den vierden tot 38°6, den 6en tot 40°1, om vervolgens gedurende vijf weken onder sterke intermissies te schommelen tusschen 37°3 en 38°6, met een enkele stijging tot boven 39°. Den vijfden dag ontstond een herpes labialis. Den 12en dag post partum werd een infiltraat geconstateerd, links van en achter den uterus. Gedurende de eerste weken bestond de therapie in een ijsblaas op de buik en gedurende de latere in Priessnitzomslagen en heete vaginaalirrigaties, waaronder het infiltraat langzamerhand resorbeerde, zoodat de vrouw ongeveer 11 weken post partum hersteld ontslagen werd.

(N°. 1, 1900), II-para — voor 2 jaar spontaan bevallen, kraambed ongestoord — beviel snel en gemakkelijk van een bijna voldragen kind (49 cM. 2950 gram). Den 7^{en} dag steeg de temperatuur tot 39°1, 9^{en} dag 38°6, 10^{en} dag 39°1, 11^{en} dag 38°8, 12^{en} 39°9, 14 en 15^{en} dag 39°6. Hierna schommelde de temperatuur gedurende acht dagen tusschen 37°5 en 38°5 eenmaal 39°. Therapie aanvankelijk ijsblaas. Na het eerste stijgen der temperatuur gevoelde pat. zich ziek en had zij bij diepe palpatie pijn boven het rechter lig. Pouparti, pijn bij de urineloozing en hoofdpijn. 18 dagen post partum wordt rechts en achter den uterus een deegachtige zwelling geconstateerd, die zich breed tot den bekkenwand uitstrekt. De bovengrens der zwelling is niet scherp af te voelen. 22 dagen post partum wordt 2 cM. achter de portio vaginalis een dwarsche incisie gemaakt door den vaginaalwand en ongeveer 150 gram pus ontlast. De abscesholte wordt met jodoformgaas getamponeerd. Hierna daalde de temperatuur snel. Na 2 dagen werd de tampon verwisseld, na 4 dagen weggelaten en genas verder de patiënt ongestoord.

N°. 3, 1900), I-para. Drie dagen na de vorige patiënt spontaan bevallen van een levend voldragen kind. Na 10 minuten ligt de placenta los en wordt zij gemakkelijk uitgedrukt. Den 5^{en} dag na den partus, tegelijk met de vorige patiënt steeg de temperatuur tot 40° en bleef zij de eerste drie dagen tusschen 39°4 en 40°8 om vervolgens gedurende de eerste 10 dagen tusschen 38°8 en 39°8 (tweemaal 40°3)en daarna onder sterke intermissies tusschen 37°5 en 39°—40° te schommelen. Den vierden dag was de buik opgezet en pijnlijk. Na eenige dagen was duidelijk boven het lig. Poupartii een weerstand te voelen, aanvankelijk beiderzijds, later meer links. Bij vaginaal onderzoek (18 dagen post partum was rondom den uterus een harde infiltratie, die tot den bekkenwand reikte. Gedurende verscheidene weken koortste patiënt nu en dan, terwijl een steeds duidelijker omschreven zwelling van het linker ligamentum latum te constateeren viel, die langzamerhand kleiner werd. Patiënt werd eerst 4 maanden post partum ontslagen.

Een kort overzicht van alle waargenomen temperatuursverhoogingen van twee, drie en vier dagen geven Tabellen IV, V en VI, terwijl de temperatuursverhoogingen, door resorptie (incl. endometritis) in Tabel VII, door infectie der wonden aan perineum en vulva in Tabel VIII, door vermoedelijke of zekere ontsteking van 't bekkenbindweefsel in Tabel IX zijn samengesteld.

TABEL IV.

Temperatuursverhooging van *twee dagen*.

		Opgenomen als		Bekken.	Loop der baring.	Temperatuur.	Oorzaak.
5	I p.	gravida.	gezond.	normaal	Spont. baring in schedell.	18e dag 39° 13e dag 39°5	*malaria.*
50	I p.	„	mastitis suppurativa	„	„ „ „ „	4e dag 38°5 5e dag 38°7	ante partum 2 × [illegible]
13	I p.	„	lues ? ?	„	„ „ „ „	2e dag 38° 3e dag 38°	condylomata acu[illegible]
43	I p.	„	gezond	„	„ „ „ „	3e dag 38°7 5e dag 38°2	niet vermeld.
106	I p.	„	„	„	„ „ „ „	5e dag 39°2 6e dag 38°2	„ „
45	I p.	parturiens	„	„	Schedelligging. Expressie.	4e dag 37°9 6e dag 38°	„ „
206	I p.	„	„	ver-nauwd	„ hooge tang	7e dag 37°9 8e dag 37°9	„ „
54	I p.	„	dood kind	„	„ perforatie	4e dag 37°9 5e dag 38°5	koprostase
10	II p.	gravida.	carcinoma laryngis	normaal	„ spont. baring	9e dag 38°8 10e dag 38°3	carcinoma laryng.
12	III p.	„	gezond.	„	„ „ „	10e dag 39° 11e dag 38°9	mastitis incipiens
48	II p.	„	„	„	„ „ „	7e dag 39°7 8e dag 39°3	„ „
118	II p.	„	„	„	„ „ „	5e dag 38°1 6e dag 39°	„ „
200	III p.	„	„	„	„ „ „ atonie p. p.	8e dag 38°4 9e dag 38°	thrombose (phlegm[illegible]
53	II p.	parturiens	placenta praevia	„	Voetligging. Versie en extractie.	5e dag 38° 7e dag 38°2	resorptie
159	VIII p.	„	rot. kind T. 38°3	„	Verzuimde dwarsligging. Decapitatie.	1e dag 39°2 2e dag 38°	„

TABEL V.

Temperatuursverhooging van *drie dagen*.

30	I p.	gravida	gezond	normaal	Schedelligg, spont. baring.	9e en 10e d. 38°5 17e d. 38°3	mastitis incipiens
172	I p.	„	„	„	„ „ „	7e d. 38°8, 9e d. 38°3 13e d. 39°3	buikpijn, mastitis? mastitis incipiens.
175	I p.	„	„	?	„ „ „	2—4e dag 38°3	stinkende lochien
174	I p.	„	„	ver-nauwd	Sectio casarea.	11e dag 38°5 12e dag 38°8 13e dag 39°2	phlegmasia alba [illegible] buikwond p.p. i. gen[illegible]
177	II p.	„	„	„	Schedelligging, zware extractie van de romp	3e dag 39° 6e dag 31°2 9e dag 39°	mastitis rechts.

TABEL VI. Temperatuursverhooging van meer dan 3 dagen.

	Opgenomen als		Bekken.	Loop der baring.	Temperatuur.	Oorzaak.
II para	gravida.	gezond	normaal	Spontane partus in schedelligging.	8e—18e dag.	mastitis purulenta 2 × incisie.
II „	„	„	„	Dwarsligging, versie.	9 en 10e, 19 en 23 d.	lymphangoitis mammae.
II „	„	lues, condilomata lata	„	p. imm., gemacereerd foetus	2e—8e dag.	geen localeverschijnselen geen stinkende lochiën.
VI „	„	lues † arthritis (gonorrhoica)	„	Spont. partus in schedell.	1e week, 5e week.	koorts vóór den partus, niet inwendig onderzocht.
I „	„	gezond	„	„ „ „ „	5e—9e dag.	stinkende lochiën. niet inwendig onderz.
II „	in partu	lues?	„	partus immaturus.	11e—18e dag.	stinkende lochiën, endometritis.
I „	„	rot kind	nauw	Perfor. der doode vrucht	1e—5e l. 39°9—37°5	ingebracht met 39°9.
VII „	„	placenta praevia albuminurie.	normaal	Versie, p. p. uterus tamponnade.	5e—10e dag.	geen palpable afwijking. geen stinkende lochiën.
I „	„	placenta praevia	„	Extractie a/d voet, placenta manueel verwijderd.	3e—9e dag.	geen palpabele afwijking
I „	„	placenta praevia	„	na 't breken der vliezen spontaan.	1e en 2e d. 38°8 16e en 17e d. 38°4.	resorptie. stink. lochiën, darmkat.
I „	gravida	gezond	„	Spont. partus in schedell.	2e—6e dag. 16e en 17e dag.	coagula ex utero, mastitis.
II „	„	„	„	„ „ „ „	5e—12e dag.	stinkende lochiën, uterus pijnlijk.
I „	„	lues	„	„ „ hydramnion luetisch kind	3e—6e dag.	stinkende coagula, ex utero.
I „	„	„	„	„ „	2e—7e dag.	stinkende lochiën.
XI „	„	gezond	nauw	„ „	1e d. 38°3, 4e—6e d. 38°2—38°6.	koprostase.
I „	„	lues	normaal	„ „ placenta manueel verwijderd.	2e d. 38°5.5—8e 38°3 8e d. 40°, 9e d. 39°5	ulcera puerperalia.
I „	„	gezond	„	Forc. extractie, episiotomie.	3e—8e d. < 39°5	idem.
I „	„	loom	„	„ „ „	2e—6e d. < 4e d. 40°.	oedeem der vulva.
II „	„	gezond	„	Spont. partus in schedell.	9e—13e d. < 11e d. 40°	pijn rechts v. d. uterus bij mastitis.
II „	„	„	„	„ „ „ „	3e—9e dag.	pijn rechts v. d. uterus.
II „	„	„	„	„ „ „ „	7e—25e dag.	parametritis, 22e dag kolpotomia posterior.
I „	„	„	„	„ „ „ „	5e d, 40°, 2 maanden.	parametritis.
IV „	„	„	nauw	prophylactische versie extractie.	3e dag 39°5 3 maand.	parametritis.
I „	„	„	„	Sectio caesarea.	2e—10 d.	† septische peritonitis.

TABEL VII. Resorptiekoorts, retentie van coagula, eivliezen: *Endometritis*.

N°.	Jaar				
19	1899	II p.	Partus immaturus, lues?	11—14e en 19e d., stink lochiën.	
38	1900	I p.	„ „ lues	3e—6e d. stink. coagula ex utero	
49	1898	I p.	Spontane partus, dood kind, lues, condylomata acuminata.	2e—7e dag, stinkende lochiën.	
36	1898	I p.	Perforatie der doode vrucht (rot).	1e—5e dag 39°8—37°5.	in partu ingebr. T. 39°
5	1901	VIII p.	Decapitatie der doode vrucht (rot).	1e dag 39°2, 2e dag 31.	„ „ „ T. 38°5
53	1898	II p.	Placenta praevia, versie.	5e dag 38°3, 7e dag 38°2.	„ „
15	1900	I p.	„ „, breken der vliezen.	1e en 2e dag 38°8.	16e en 17e d. 39°3, 38°4 darmkatarrh.
32	1900	VII p.	„ „, versie, *uterustamponn.*	5e—10e dag.	
30	1901	I p.	„ „, versie, *placenta manueel verwijderd.*	2e—10e dag.	
48	1901	I p.	Gemelli.	11e d. 38°8, stinkende lochiën.	niet inwendig onderz.
40	1898	I p.	Spontane partus in schedelligging.	5e—9e dag, stinkende lochiën.	
16	1898	I p.	„ „ „ „	2e—6e „ „ coagula.	
10	1900	II p.	„ „ „ „	5e—12e „ „ lochiën.	
21	1901	I p.	„ „ „ „	2e—4e „ „ „	

TABEL VIII.

Infectie der wonden aan vulva en perineum.

38	1898	I p.	Spontane partus, perineorrhaphie.	5e dag 38°2.	oedema vulvae, één hechting doorgesne…
23	1899	I p.	„ „ „ (lues?).	5e „ 38°.	„ „ hechtingen „
41	1898	I p.	Forcipale extractie, episiotomie.	3e—8e dag.	ulcera puerperalia „ „
30	1900	I p.	„ „ „	2e—7e dag.	oedema vulvae „ „
23	1898	I p.	Spontane partus, placenta manueel verwijderd, lues.	2e d. 38°5, 5e—8e d. ⟨ 38°3 8e dag 40°.	ulcera puerperalia.

TABEL IX.

Parametritis.

9	1898	IV p.	nauw bekken, prophylactische versie en extractie.	3e dag 39°5, in den loop der 1e week ontwikkelt zich een infiltratie van het bekkenbindweefsel, drie maanden behandeld, hersteld ontslagen.
40	1899	II p.	Spontane baring in schedelligging.	9e—13e dag koorts, pijn rechts van den uterus, mastitis incipiens, bij het ontslag niets meer te vinden (25e dag).
11	1900	II p.	„ „ „ „	7e—23e dag, infiltraat ter zijde en achter den uterus, 23e dag geïncideerd per vaginam, daarna koortsvrij.
3	1900	I p.	„ „ „ „	5e dag 40°, daarna infiltratie van 't bekkenbindweefsel, gedurende drie maanden in de kliniek behandeld, hersteld ontslagen. Anderhalf jaar na haar ontslag wordt deze patiënt opnieuw als gravida opgenomen. Nergens eenig infiltraat te vinden. Noch gedurende de laatste drie weken vóór, noch tijdens den partus inwendig onderzocht. Spontane baring in schedelligging. Afebriel verloop van 't kraambed (Februari 1902).
12	1900	II p.	nauw bekken, extractie a/d voet.	3e—9e dag koorts, pijn rechts van den uterus, weerstand? 20 d. p. p. niets te vinden, uterus bewegelijk.

Over de temperatuursverhoudingen van in partu ingebrachte patiënten geeft Tabel X een overzicht, terwijl Tabel XI een overzicht geeft van dezelfde verhoudingen bij luetische patiënten.

Uit de verkorte histories der patiënten en de bijgevoegde tabellen blijkt, dat in een aanzienlijk aantal 70 van 208 = 34°/₀ van alle gevallen temperatuursverhooging in het kraambed werd gevonden. Dit was zooals uit Tabel III (pag. 210) blijkt vooral het geval in 1898 het eerste jaar van mijn werkzaamheid aan de kliniek. Tevens blijkt echter uit het groote getal één en tweedaagsche temperatuursverhoogingen, dat ernstiger afwijkingen gelukkig zeldzaam zijn voorgekomen, zoodat slechts 23 van 208 patiënten = 11°/₀ langer dan drie dagen een temperatuur boven 38° hadden, en slechts 6 dier patiënten langer dan een maand in de kliniek behoefden te worden verpleegd (2 met thrombose, resp. phlegmasia,

TABEL X. Temperatuursverhouding van in partu ingekomen patiënten.

Doorl. n°.	Ingebracht met:		kind vóor operatie	Operatie.	kind na operatie.	Temperatuursverhooging.	Oorzaak.
67 I p.	partus immaturus	vermoedelijk abortus provocatus	l. 1000 g.		† na 1 uur	9e dag 38°2	na 't opstaan.
77 II p.	„ „	lues?	l. 1470 „		† na 12 uur.	4 *dagen* 38°8—39°2	endometritis.
80 II p.	„ „	?	gemac.		†	neen	
82 I p.	„ „	lues	„		†	„	
96 I p.	„ „	„	„		†	„	
115 IV p.	„ „	„	„		†	„	
53 II p.	bloedingen.	placenta praevia	†	versie.	†	5e d. 38°2, 7e d. 38°2	
66 VIII p.	„	solutio placentae	†		†	neen	
79 IX p.	„	placenta praevia	†	versie en extractie.	†	„	
117 I p.	„	solutio placentae	†		†	„	
119 I p.	„	placenta praevia	†	breken der vliezen.	†	1e en 2e d. 38°8 *a*), 16e d. 38°3 *b*) 17e dag 38°4	*a* resorptiekoorts. *b* darmkatarrh.
136 VIII p.	„	„ „	l.	versie, uterus tamponnade	†	5e—10e dag	resorptiekoorts.
152 II p.	„	lage insertio placentae	†	extractie a/d voet	†	neen	
184 I p.	„	placenta praevia	l.	versie, manueele verwijdering placenta	†	10 *dagen*	resorptiekoorts, endometritis
24 I p.	*Lues.*	van chir. kliniek	l.		l.	neen	
92 II p.	*nephritis.*	van inw. „	l.		l.	„	
202 I p.	*arthritis gonorrhoica*	„ „ „	gemelli l.		2 l.	„	retentio chorii.
31 II p.	nauw bekken		l.	versie en extractie	l.	11e dag 38°8	
32 X p.	„ „	pogingen tot extractie	†	craniotomie	†	neen	bij opname t. 38°5
36 I p.	„ „	„ „ „	rot	„	†	„	„ „ t. 39°9.
42 VIII p.	„ „	„ „ „	l.	(Forceps + craniotomie)	†	1e—5e dag 39°8—37°5	
54 I p.	„ „	„ „ „	†	„ „	†	neen	
57 VII p.	normaal „	„ „ „	†	„ „	†	„	
71 IX p.	nauw „	„ „ „	l.	Forceps	l.	„	
123 III p.	„ „		l.		l.	2e dag 38°2	
135 II p.	„ „	voorhoofdsligging met uitgezakte voet	†?	versie en extractie	†	neen	
141 I p.	dwerg „	5 d. in partu	l.?	sectio caesarea	†	„	(uit Drente).
150 I p.	nauw „	4 d. in partu	l.	„ „	asph. †	1e en 2e dag 38°3	resorptie (uit de provincie).
190 III p.	„ „	pogingen tot versie	†?	(Forceps + craniotomie.)	†	neen	
206 I p.	„ „	?	l.	Forceps	l.		
1 III p.	stuitligging		l.	ontwikkeling der armen	l.	„	
132 IV p.	voetligging		l.		l.	„	
42 I p.	schedelligging.		l.	expressie	l.	6e dag 38°	
89 I p.	„		l.	Forceps	l.	neen	
113 I p.	dwarsligging		†	Decapitatie	†	„	
159 VIII p.	dwarsligging	pogingen tot versie	rot.	„	†	1e dag 39°2, 2e dag 38°	bij opname t. 38°3, pols 114.
170 I p.	*eclampsie*		l.		asph. l.	neen.	

TABEL XI. Temperatuursverhooging bij lues.

					Temperatuursverhooging?
82	I p.	van chir afdeeling, secund. syphilis	partus immaturus	gemac. kind	*neen*, in wachtkamer bevallen
96	I p.	„ „ „ „ „	„ „	„ „	4e dag 37°9
115	IV p.	in partu ingekomen oude lues	„ „	„ „ 740 gr.	3e „ 37°9
121 (= 82)	II p.	als gravida opgenomen „ „	„ „	„ „ 1405 gr.	2e „ 37°8
27	II p.	ulcus a/d tong, condylomata lata	„ „	„ „ 1800 gr.	2e—8e dag koorts > 39°, geen locale verschijnselen, geen stinkende lochiën.
77	II p.	in partu ingekomen met ulcera a/d vulva	„ „	levend syphilitisch kind 1470 gr.	11e—19e dag *stinkende lochiën* endometritis
142	I p.	als gravida opgenomen met lues (hydramnios).	„ „	levend syphilitisch kind 1720 gr.	3e—6e dag coagula en *stinkende lochiën*
196	II p.	als gravida opgenomen met oude lues	„ „	levend kind 1560 gr.	*neen*
24	I p.	„ parturiens opgenomen met condylomata lata.	„ spontaan à terme	„ „ 3520 gr.	neen
68	I p.	„ gravida opgenomen met roseola primair ulcus	„ „ „	„ „ 2400 gr.	neen
100	II p.	„ gravida opg. met condylomata lata	„ „ „	„ „ ?	neen
164	I p.	„ „ „ „ secund. syphilis	„ „ „	„ „ 3270 gr.	neen
81	I p.	„ „ „ „ roseola en furunkels	„ „ „	„ „ 3010 gr.	5e dag 38° 1 hechting doorgesneden.
49	I p.	„ „ „ „ secund. lues en condylomata acuminata	„ „ „	in partu dood kind 3220 gr.	2e—7e dag < 39°2 *stinkende lochiën*
142	VI p.	„ parturiens van chir. afdeeling met lues + polyarthritis	„ „ „	levend kind 3720 gr.	1e week < 38°7, 5e „ < 38°5 | had reeds koorts ante partum niet inwendig onderzocht.
23	p.	„ gravida van chirurg afdeeling met lues	„ „ „ (placenta manueel verwijderd).	levend kind 3520 gr.	2e—9e dag < 40° *ulcera purperalia.*

1 met lues, 3 met parametritis). Al kunnen wij dus in algemeenen zin over het resultaat van den obstetrischen arbeid in de kliniek te

vreden zijn, toch blijkt uit de hiervoor medegedeelde gevallen dat in sommige gevallen eene infectie in de kliniek reden was van de temperatuursverhooging. In een aantal andere is deze natuurlijk uitgesloten. Onder de in partu ingebrachte patiënten werden eenige met op infectie berustende hooge temperatuur ingebracht, onder de patiënten met resorptiekoorts zijn eenige noch vóór, noch gedurende de baring inwendig onderzocht en met name geldt dit voor de luëtische patiënten, die zoowel in hun eigen belang als in dat van den onderzoeker niet dan bij hooge uitzondering, per vaginam worden geëxploreerd.

Een deel der in de kliniek plaatsgevonden infecties ontstond bij de baring misschien in verband met de eene of andere kunstbewerking, hoewel in een aantal gevallen niet is uit te maken of de infectie heeft plaats gevonden gedurende den soms langen duur der periode, die aan de obstetrische operatie voorafging, of aan deze zelf. Alleen bij de gevallen van opgewekte (vroegtijdige of bijna tijdige) baring valt de operatie (het inleiden der baring door bougies of door den metreurynter) samen met het begin van den partus. Deze gevallen kunnen dus, al zijn ze klein, dienen als een paradigma voor de infecties door intra-uterine verloskundige operaties beweeggebracht. Van de 14 vrouwen, op één na, alle wegens een nauw bekken door *partus arte provocatus* verlost, hadden vier een temperatuurstijging, die telkens slechts één dag duurde, terwijl ook bij de andere operaties eenige der 3- en meerdaagsche temperatuursverhooging moeten geweten worden aan andere oorzaken dan infectie bij de operaties in de kliniek en wel òf omdat ze na allerlei pogingen tot kunstverlossing met koorts in de kliniek kwamen, òf omdat de oorzaak der temperatuursverhooging van extra-genitalen oorsprong (mastitis) was, òf omdat het — zooals in 't geval van phlegmasia alba dolens na Sectio caesarea, waar eerst den 11[en] dag p. p. temperatuursverhooging ontstond toen de buikwond geheel per primam intentionem genezen was — twijfelachtig is of de phlebitis wel van wondinfectie afhankelijk mag worden gesteld.

Toch kan niet worden ontkend dat na een versie en extractie wegens bekkenvernauwing geen parametritis behoort op te treden en de genezing eener episiotomie wond bij een tang-extractie niet worden gevolgd door ulcera puerperalia. In die gevallen is natuurlijk òf voor òf bij de operatie eene infectie niet op voldoende wijze vermeden. Wat op rekening van het aan de operatie voorafgaande onderzoek, wat op dat van de operatie zelf moet gesteld worden is natuurlijk niet uit te maken.

Ietwat anders ligt het geval bij de vrouwen, die spontaan, zonder eenige kunsthulp bevallen zijn. Een deel is ongetwijfeld geïnfecteerd

bij het verloskundige onderzoek. Hiertegen wordt natuurlijk evenals in elke kliniek door strenge regelen betreffende onthouding van secties of pathologisch-anatomische oefeningen, reiniging van handen en armen in warm zeepwater, ontsmetting met alcohol en sublimaat, door reiniging en ontsmetting van de genitalia externa der parturiens zoovoel mogelijk gezorgd, maar toch is de mogelijkheid niet geheel uitgesloten, dat een enkele maal zonden worden begaan.

Voor een ander deel echter is het waarschijnlijk dat in het kraambed de infectie plaats vindt. Nu en dan komen een reeks, meestal kort durende temperatuursverhoogingen voor, die grootendeels eerst vrij laat optreden en met stinkende lochiën gepaard gaan, of wel één patiënt begint temperatuursverhooging te krijgen met stinkende lochiën of met een beginnende mastitis en daarop volgen dan andere.

Een bijzondere positie nemen onder de temperatuursverhooging in, die, welke ik heb samengevat als resorptiekoorts en die door mastitis. Wij zagen eenige malen resorptiekoorts met afgang van stinkende coagula of stinkende lochiën met eivliesresten optreden bij patiënten die niet inwendig waren onderzocht, òf omdat de geboorte van het kind schielijk plaats vond, òf omdat de patiënt wegens lues niet voor inwending onderzoek was bestemd. Hier moet òf een infectie in het kraambed òf alleen de rotting van de achtergebleven „doode" massa worden geïnculpeerd. Maar deze gevallen ontleenen hun groote beteekenis niet aan de vraag of ze kunnen ontstaan zonder of alleen mèt een infectie van buiten, maar aan het feit, dat juist deze patiënten als bijzonder gevaarlijk voor andere moeten worden beschouwd, omdat van hen uitgaan stoffen, die ware broedplaatsen zijn voor de meest verschillende micro-organismen.

Patiënten bij wie rottende coagula, stinkende lochiën afgaan, behooren noch onmiddellijk, noch middellijk in aanraking te komen met andere vrouwen, die na hen bevallen. Maar dit te voorkomen is mij in mijn oude kliniek onmogelijk waar alle puerperae in een zaaltje moeten verblijven en één verpleegster voor haar en voor de kinderen moet zorgen. Ik kan alleen de verpleegster doordringen van het feit, dat de afscheiding van iedere kraamvrouw gevaarlijk is voor de andere kraamvrouwen, in het bijzonder voor haar, die later bevallen zijn. De mastitis, 11 maal, meestal als een niet abscedeerende waargenomen, is wel òf aan infectie der mamma door het lochiaalsecreet der vrouw zelf òf door het lochiaalsecreet van anderen te wijten. Voor zoo ver het eerste het geval is moet daartegen worden gewaakt door de kraamvrouwen zelf in te lichten, voor het laatste geldt de waarschuwing ook weder vooral de verpleegster. In het algemeen moet deze zooveel mogelijk directe aan-

raking met lochiaalsecreet vermijden en niet met handen aanvatten, wat zij met eenvoudige instrumenten (pincet, korentang, verbandgaas enz.) kan aanpakken.

Ik hoop, na de opening van het nieuwe ziekenhuis, onder gunstiger voorwaarden werkende, zoowel over een grooter materiaal als over een geringere morbiditeit te kunnen berichten.

DE HYSTERECTOMIE TER BEHANDELING DER PUERPERAAL-INFECTIE.

(Rapport voor het internationale gynaecologencongres),

DOOR

Prof. HECTOR TREUB.

Om eene vruchtbare discussie over het aangegeven onderwerp mogelijk te maken, is het voor en boven alles noodzakelijk, dat men het goed eens is over de bekentenis der woorden, opdat alle misverstand onmogelijk zij. En, zoo duidelijk nu in het onderwerp ter discussie het eerste woord is, zoo onbepaald is het laatste. Leest men de publicaties over de hysterectomie, als behandelingsmiddel der puerperaal-infectie, die in de laatste jaren in vrij groot aantal verschenen zijn, dan wordt men allereerst getroffen door het feit, dat onder den algemeenen naam van puerperaal-infectie verschillende ziekten of liever verschillende ziektetoestanden vereenigd zijn, die ver uit elkaar loopen en op geenerlei wijze vergelijking toelaten. Omdat die verschillende ziektetoestanden met de puerperaal-infectie samenhangen, in dien zin dat zij er nu eens de oorzaak, dan weer het gevolg van zijn, daarom heeft men nog niet het recht hen alle onder den naam van puerperaal-infectie samen te vatten en hunne eigenaardigheden over het hoofd te zien, die hen werkelijk tot afzonderlijke ziekten stempelen.

De retentie der placenta en vooral de rotting der in de baarmoeder achtergebleven nageboorte, de endometritis, de metritis, de parametritis, de perimetritis of pelviperitonitis, de salpingo-oöphoritis, de peritonitis, algemeene of circumscripte, maar in elk geval niet tot het kleine bekken beperkte, de pyaemie, ziedaar een lange lijst van pathologische toestanden, die op de een of de andere wijze met de puerperaal-infectie samenhangen. Wanneer men de hysterectomie verricht in die zoo uiteenloopende toestanden — en dat heeft men gedaan —, mag men dan de daarmede bereikte resultaten gebruiken om tot een juist oordeel te komen over de waarde der uterus-exstirpatie? Immers neen. Dusdoende verwart men slechts de dingen en maakt zuivere conclusies onmogelijk. Evenzeer, ja zelfs meer nog, begaat men een fout door geen rekening te houden met den duur der ziekte en toch doet men dit ook. Het

is duidelijk dat een pyosalpinx, een parametraan absces, een gelocaliseerde peritonitis, die men vindt als gevolgen van een puerperaal-infectie eenige weken of zelfs eenige maanden na den partus niet dezelfde beteekenis hebben als dezelfde toestanden, wanneer men hen enkele dagen post partum waarneemt.

Tuffier is de eerste geweest die duidelijk in den geest van het voorafgaande zich heeft uitgelaten en de definitie die hij in de Société de chirurgie te Parijs gegeven heeft van het te bediscuteeren onderwerp luidde [1]: „l'ablation de l'utérus dans la métrite aiguë avec accidents toxi-infectieux post partum ou post abortum". Het zou, naar mijne meening, nog beter zijn den term metritis ter zijde te laten en te spreken van een acute genitaal-infectie met algemeene verschijnselen, zonder klinisch waarneembare extra-uterine localisaties. En het is hier niet om een ijdele woordenstrijd te doen. Aangezien het zelfs den meest geoefenden klinikus onmogelijk is, te zeggen of er reeds, al dan niet, een begin van infectieuse phlebitis is in de plexus der breede banden, is het duidelijk dat de term metritis, door Tuffier gebruikt, te eng is.

In de volgende bladzijden zal ik daarom bespreken *de hysterectomie ter behandeling der acute genitaal-infectie, post partum of post abortum, met toxisch-infectieuse verschijnselen, zonder klinisch waarneembare extra-uterine localisaties.*

Ik ben het geheel eens met Tuffier dat dit het punt is waarover gediscuteerd moet worden en dat men slechts dan tot een beslissing zal kunnen komen, als men alles uitsluit wat niet in dit omschreven kader past.

Het onderwerp eenmaal zoo bepaald zijnde, is de eerste vraag die zich voordoet deze, of de operatie rationeel is? Deze vraag schijnt wellicht overtollig. Immers het oude gezegde, tollitur causa cessat effectus, wijst aan dat de verwijdering van den uterus het rationeele middel bij uitstek is ter bestrijding eener infectie, die in de baarmoeder gelocaliseeerd is. Gelukkig denkt echter geen enkele zelfs der meest ondernemende chirurgen aan de eenvoudige toepassing van den zooeven geciteerden regel.

Gelukkig, want die toepassing zou gelijkstaan met de indicatie der hysterectomie, zoodra de eerste verschijnselen der infectie zich voordoen. De vraag, die beslist moet worden, is: of de hysterectomie dan nog rationeel is, wanneer tengevolge der gelocaliseerde genitaal-infectie algemeene toxisch-infectieuse verschijnselen zijn opgetreden? Het is onmogelijk die vraag te beantwoorden, alleen op grond van aprioristische redeneering. Want, van den eenen kant, kan men ver-

---

[1]) Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris, 1901, pag. 239.

onderstellen, dat, zoodra er algemeene toxisch-infectieuse verschijnselen zijn, de verwijdering van den oorspronkelijken haard te laat zal komen, terwijl men, van den anderen kant, de mogelijkheid kan aannemen, dat het organisme de overwinning zal behalen op de septische mikroben, wanneer de operatie de bron van pathogene elementen heeft opgedroogd. Het is onmogelijk vooraf te zeggen welke dezer twee redeneeringen de juiste zal zijn en in dit debat hebben slechts de feiten afdoende beteekenis. Één goed geconstateerd feit van genezing na eene hysterectomie wegens genitaalinfectie met toxisch-infectieuse verschijnselen maakt de zaak uit. Die feiten bestaan, wij zullen dit dadelijk zien, en zij bewijzen dat de operatie een rationeel middel is ter behandeling der genitaalinfectie.

Evenwel moet worden toegegeven, dat het bevestigende antwoord op onze eerste vraag geen groote praktische beteekenis heeft. Men zou immers op dezelfde wijze, steunende op feiten, kunnen bewijzen dat de amputatie van het onderbeen een rationeel middel is tegen eksteroogen en toch zal niemand er over denken dat middel toe te passen. De te beantwoorden vraag zal dus beter zoo gesteld worden: wordt de toepassing van het op zich zelf rationeele middel gerechtvaardigd, ten eerste door de onvoldoendheid der andere behandelingsmiddelen en ten tweede door de zekerheid van het bedoelde middel?

Trachten wij op deze tweeledige vraag antwoord te geven met behulp van feiten.

Het is onnoodig de verschillende behandelingsmethoden, door de verloskundigen gebruikt, met elkaar te vergelijken. Hoe belangrijk deze vergelijking ook zoude zijn, zij zou ons te ver van ons onderwerp afvoeren. Het is voldoende er aan te herinneren dat de hoofdzakelijkste in gebruik zijnde middelen zijn: de uterusirrigatie, intermitteerend of voortdurend, de aanwending van antiseptica (tinct. jodii, etc.), de curage en de curettage, de écouvillonnage, de ijszak, de koude baden, de injecties van terpentijn, het antistreptococcenserum, de alcohol in groote giften en, in den laatsten tijd, de intra-veneuse injecties van collargol.

Om slechts twee auteurs te citeeren herinner ik er aan dat uit de ziektegeschiedenissen van Paul Bar uit het hospitaal St. Antoine te Parijs, door Tissier bewerkt, blijkt dat op honderd gevallen van ernstige puerperaal-infectie tien gevallen met doodelijken afloop voorkomen.

In de dissertatie van Gheorghiu [1]) vindt men 345 waarnemingen

---

[1]) N. N. Gheorghiu, Contribution à l'étude clinique du traitement de l'infection puerpérale. Thèse, Paris 1900.

van puerperaal-infectie, verzameld in de afdeelingen van Porak en van Budin, waaronder 15 dooden zijn en daarbij is er een tengevolge van longcongestie en een door longoedeem. Ongelukkigerwijze is het onmogelijk uit de zeer beknopte opgaven van Gheorghiu de doodelijk afgeloopen gevallen uit te zoeken die vallen binnen de straks door ons gestelde grenzen.

Ik zal beproeven die leemte aan te vullen door mijn eigen statistiek te geven.

Deze omvat allereerst de gevallen van infectie waargenomen bij vrouwen die in de kliniek bevallen zijn [1]). Ik heb weggelaten die gevallen, waarin de temperatuur niet hooger is geweest dan 38° en eveneens die waarin de temperatuursverhooging slechts gedurende één dag bestaan heeft.

Onder de 475 gevallen die overblijven waren er:

met een maximale temperatuur tusschen	38°,1 en 38°,4 . .	102
„ „ „ „ „	38°,5 en 38°,9 . .	135
„ „ „ „ „	39° en 39°,4 . .	99
„ „ „ „ „	39°,5 en 39°,9 . .	58
„ „ „ „ „	40° en 40°,4 . .	65
„ „ „ „ „	40°,5 en 40°,9 . .	11
„ „ „ „ „	41° en 41°,5 . .	5

terwijl de polsfrequentie was.

onder 90	. . .	in 10	gevallen.
tusschen 91 en 100	. . .	„ 55	„
„ 101 en 110	. . .	„ 90	„
„ 111 en 120	. . .	„ 159	„
„ 121 en 130	. . .	„ 76	„
„ 131 en 140	. . .	„ 49	„
„ 141 en 140	. . .	„ 14	„
„ 151 en 160	. . .	„ 8	„
„ 161 en 170	. . .	„ 2	„

Al deze vrouwen zijn genezen.

Met terzijde stelling van de gevallen met doodelijken afloop waarin de infectie geen rol speelde (eclampsie, placenta praevia, enz.) vindt men naast die 475 genezingen de volgende dooden.

1. N°. 404, 1896. Septische peritonitis, waarvan de eerste symptomen optraden onmiddellijk na afloop der baring, die 72 uur duurde. Dood 4 dagen post partum.

---

[1]) Ik geef hierbij niet het aantal op der baringen waaronder deze gevallen van infectie zijn waargenomen, omdat dit slechts dienen zou om een onjuist idee te geven van het resultaat mijner antiseptische voorzorgsmaatregelen. Immers vele vrouwen zijn pas in de kliniek gekomen na een meer of minder langen arbeid en een meer of minder geschikte behandeling in de stad.

2. N°. 3, 1897. Septische endometritis zonder andere klinisch waarneembare localisaties. Dood 4 dagen post partum. Geen sectie.

3. N°. 393, 1897. Exsudatieve peritonitis. Dood 5 dagen post partum.

4. N°. 34, 1898. Septische pleuritis; geen verschijnselen van genitaal-infectie. Dood 5 dagen post partum.

5. N°. 29, 1901. Exsudatieve peritonitis. Dood 11 dagen post partum. Sectie: Geen metritis, peritonitis veroorzaakt door de ruptuur van een ovariaalabsces.

6. N°. 198, 1901. Infectie gedurende de baring. De vrouw wordt bijna moribund naar de kliniek gezonden. Dood 4 uur post partum.

7. N°. 257, 1901. Peritonitis, dubbelzijdige bronchopneumonie. Dood 7 dagen post partum.

8. N°. 263, 1901. Etterige endometritis, geen andere localisaties. Dood 30 dagen post partum. Geen sectie.

Naast deze eerste categorie zal ik op dezelfde wijze de gevallen resumeeren, waarin de vrouwen, reeds gïnfecteerd, juist terwille der infectie post partum naar de kliniek werden gezonden, dus in het algemeen ernstige gevallen.

Onder de genezenen waren er

met eene maximale temperatuur	tusschen	38° en 38°,4	4
id.	„	38°,5 en 38°,9	2
id.	„	39° en 39°,4	3
id.	„	39°,5 en 39°,9	5
id.	„	40° en 40°,4	6
id.	„	40°,5 en 40°,9	5
id.	„	41° en 41°,5	1

en

met eene maximale polsfrequentie	tusschen	91 en 100	1
id.	„	101 en 110	4
id.	„	111 en 120	1
id.	„	121 en 130	6
id.	„	131 en 140	9
id.	„	141 en 150	3
id.	„	151 en 160	2

Naast deze genezenen vindt men de volgende dooden.

9. N°. 5, 1897. Dood enkele uren na opname in de kliniek. Sectie: Endometritis; zwelling van lever en milt. Acute septische nephritis.

10. N°. 110, 1898. Opname in de kliniek 18 dagen na de bevalling. Dood 8 dagen later. Gedurende het leven was het onmogelijk eenige andere localisatie te vinden dan eene endometritis. Herhaalde koude rillingen. Uterusirrigaties en onderhuidsche injecties van

terpentijn zonder succes. Sectie. Geen sporen meer van endometritis; etterige thrombose eener vena spermatica gaande tot aan de inmonding in de vena cava inferior.

11. N°. 462, 188. Opname in de kliniek veertien dagen na de bevalling. Exsudatieve peritonitis. Laparotomie, uitwasschen der peritoneaalholte. Dood 36 uur later.

12. N°. 521, 1899. Spontane bevalling, zonder assistentie, 5 dagen voor de opname in de kliniek. Retentio placentae. De geneesheer, drie dagen na de bevalling geroepen, kon slechts een gedeelte der nageboorte verwijderen en zond de patiënte twee dagen later naar de kliniek. Hooge graad van anaemie; inspuitingen van kamfer en physiologische zoutsolutie. Bij het schoonmaken der baarmoederholte komen rottende placentairoverblijfsels voor den dag. Uitspoelen der baarmoeder, gevolgd door jodoformgaastamponnade. Koorts, rillingen, dyspnoe. Dood 36 uur na opname. Geen sectie.

13. N°. 65, 1900. Bevallen sinds 5 dagen. Algemeene toestand zeer bedenkelijk; zwelling van het peritoneum in het cavum Douglasii. 48 uur na de opname, colpotomie, buiten narcose, cavum Douglasii vol stinkenden etter. Eenige uren later, dood in collaps.

14. N°. 305, 1900. Bevallen sinds 5 dagen. Sterke anaemie, koorts, gedeeltelijke retentie der placenta. Schoonmaken en uitspoelen der uterusholte, gevolgd door applicatie van tinctura jodii. De volgende dagen herhaalde koude rillingen, temperatuur tot 40°,9, pols tot 176. Uterusirrigaties, physiologische zoutsolutie, kamfer. Elf dagen na de opname meent men eene zwelling te voelen in het cavum Douglasii. De colpotomie doet niets ontdekken. Eenige uren later dood. Geen sectie.

15. N°. 337, 1901. Opname in de kliniek acht dagen na de bevalling. Gedeeltelijke retentie der placenta. Sterke anaemie. Peritonitis, phlegmone aan de linker dij, verschijnselen van hersenembolie. Dood twee dagen later.

16. N°. 587, 1901. Bevalling voor 14 dagen. Parametritis, peritonitis. Dood 3 dagen na de opname.

17. N°. 594, 1901. Bevallen sinds drie dagen. Albuminurie en melliturie, grijze ulcera aan de portio, bronchopneumonie, braken. Langzamerhand cyanose en icterus. Dood 8 dagen na de opname.

Vervolgens komen de uit de stad gezonden gevallen van incompleten abortus, waaronder er 373 waren waarbij de temperatuur onder 38° bleef. Onder de overigen waren er:

met eene maximale temperatuur	tusschen	38° en 38°,5	. . 65
id.	„	38°,6 en 39°	. . 33
id.	„	39°,1 en 39°,5	. . 38
id.	„	39°,6 en 40°	. . 13

met eene maximale temperatuur tusschen	40°,1 en 40°,5	. .	16
id.	„ 40°,6 en 41°	. .	12
id.	„ 41°,1 en 41°,5	. .	1

en met eene maximale polsfrequentie	onder 90	. . . .	7
id.	tusschen 91 en 100	. . . .	31
id.	„ 101 en 110	. . . .	32
id.	„ 111 en 120	. . . .	46
id.	„ 121 en 130	. . . .	24
id.	„ 131 en 140	. . . .	23
id.	„ 141 en 150	. . . .	7
id.	„ 151 en 160	. . . .	4
id.	„ 161 en 170	. . . .	1

Al deze 178 patiënten zijn genezen. Daarnaast vindt men de volgende gevallen met doodelijken afloop.

18. No. 39, 1897. Bronchopneumonie, pleuritis, parametrane phlegmone. Dood 13 dagen na de opname.

19. N°. 50, 1897. Dood 3 dagen na de opname. Sectie: Hooge graad van anaemie, endometritis, etterige pelviperitonitis, dubbelzijdige pyosalpinx.

20. N°. 498, 1897. Bij de opname temperatuur 39°,6. Na het door curettement gevolgde leegmaken der baarmoeder wordt de patiënte afebriel. Drie dagen later opnieuw koorts, weldra gevolgd door eene volkomen remissie. Eenige dagen later rillingen, temperatuur 40°,3; men vindt een dubbelzijdige pyosalpinx. Eerst scheen de antiphlogistische therapie succes te hebben, toen kwam de koorts terug en werd de algemeene toestand slecht. Drie en twintig dagen na de opname, vaginale hysterectomie. Dood vier dagen p. p. Sectie: diffuse peritonitis.

21. N°. 219, 1898. Harde infiltratie die het geheele kleine bekken opvult. Dood 6 dagen na de opname in de kliniek.

22. N°. 508, 1899. Eerste tien dagen toestand vrij bevredigend; daarna ontwikkelt zich eene parametritis. Bij incisie komt daaruit geen pus te voorschijn. Voortdurend koorts, koude rillingen, pyaemische huidinfiltraties. Dood 53 dagen na de opname. Sectie: Purulente thrombose der venae spermaticae tot in de verbinding met de vena cava.

23. N°. 125, 1900. Pyosalpinx; colpotomie 36 uur na opname. Dood twee dagen p. o.

24. N°. 146, 1900. Peritonitis. Dood 5 dagen na opname.

25. N°. 223, 1900. Abortus voor 10 dagen, ziek sinds 4 dagen; koorts, rillingen, linkszijdige pyosalpinx. Vier dagen na opname colpotomie. Veel stinkende etter. Vijf dagen p. o. darmperforatie, twaalf dagen p. o. dood aan sepsis.

26. N°. 325, 1900. Incomplete abortus sinds 4 dagen. Hooge

graad van anaemie; cerebraalembolie. Dood 40 uur na opname.

27. N°. 515, 1900. Een week geleden abortus. Komt met zeer ernstige algemeene infectie binnen. Braken, convulsies, Cheyne-Stokes' ademhaling. Dood 5 dagen na de opname.

28. N°. 186, 1901. Abortus voor tien dagen. Enorme intraperitoneale etterophooping. Colpotomie. Dood twee dagen na de opname.

29. N°. 28, 1902. Abortus een week geleden. Parametrane infiltratie, pyosalpinx. Colpotomie. Dood 4 dagen na de opname.

Eindelijk rest ons nog na te gaan de gevallen waarin abortus provocatus in confesso was. Onder de anderen zijn er niet weinige waarin wij ernstige vermoedens hadden dat er abortus provocatus in het spel was, maar ik heb hier alleen de geheel zekere gevallen bij elkaar genomen. Ten eerste zijn er elf gevallen met genezing waaronder er waren met

eene maximale temperatuur	tusschen	38° en 38°,5	 3
„	„	38°,6 en 39°	 3
„	„	39°,1 en 39°,5	 4
„	„	40°,1 en 40°,5	 1

en met

eene maximale polsfrequentie	tusschen	90 en 100	 1
„	„	101 en 110	 5
„	„	111 en 120	 4
„	„	121 en 130	 1

De gevallen met doodelijken afloop zijn de volgende:

30. N°. 90, 1898. Dood 19 dagen na de opname. Sectie: Etterophooping in het cavum Douglasii, geperforeerd in het rectum. Algemeene peritonitis.

31. N°. 10, 1899. Dood den dag na opname aan algemeene peritonitis.

32. N°. 70, 1901. Opgenomen ongeveer drie weken na den abortus. Dood 24 uur later. Sectie: Algemeene etterige peritonitis, dubbelzijdige peritonitis.

33. N°. 231, 1901. Abortus negen dagen voor de opname. Dood drie en een halve dag later. Sectie: Multipele abscessen in de rechter long; etterige pelviperitonitis.

34. N°. 185, 1902. Acht dagen geleden abortus. Bij de opname etterige endometritis, dubbelzijdige harde adnextumor; ulcereuse stomatitis. Bacteriologisch onderzoek van het bloed (Dr. Alex. Klein): staphylococcen, niet virulent voor witte muizen. De volgende dagen: herhaalde rillingen, dyspnoe, hoest. Dood 5 dagen na de opname. Geen sectie.

Het voorafgaande resumeerende zien wij, dat er naast 690 gevallen van genezen puerperaal-infectie 34 gevallen zijn met doode-

lijken afloop. Onder deze laatste zijn er zes waarbij geen klinische teekens van een localisatie buiten den uterus waren. Het zijn de gevallen onder de nummers 2, 8, 9, 10, 12 en 14 beschreven. Ongelukkigerwijze is slechts in twee dier gevallen sectie geschied, maar in die twee is dan ook de onmogelijkheid van door eene hysterectomie genezing te bewerken duidelijk aangetoond. In geval 9 bestond er eene acute septische nephritis en in geval 10 eene etterige thrombose van eene vena spermatica gaande tot aan de vereeniging met de vena cava inferior.

De patiënte van geval 2, die vier dagen post partum gestorven is, zou zelfs door de meest besliste aanhangers der hysterectomie niet geöpereerd geworden zijn, evenmin als die van geval 12, die 36 uur na het ontledigen der baarmoeder overleden is, daar toch iedereen aanraadt deze behandeling eerst toe te passen in dergelijke gevallen.

Er blijven dus slechts twee gevallen (8 en 14) over, die in aanmerking zouden gekomen zijn om eene hysterectomie te doen met kans om daardoor den ongelukkigen afloop te keeren. Ziedaar derhalve het antwoord op het eerste lid der boven gestelde vraag.

Om het antwoord te verkrijgen op het tweede lid, dat betreft de resultaten der hysterectomie, moeten wij eene statistiek opmaken der tot nu toe gepubliceerde gevallen. Zal eene dergelijke statistiek beteekenis hebben, dan moet men zorg dragen er slechts goed omschreven gevallen in op te nemen en er al zulke gevallen uit weg te laten, die de zaak verward kunnen maken. Volgens het mij gestelde programma zal ik er dus uit elimineeren al de gevallen waarin de hysterectomie is geschied voor retentio placentae, voor pyosalpinx, voor rottende fibromyomen, enz. Voor al die toestanden zijn de indicaties voor de hysterectomie meer of minder zeker, maar daar geldt het niet de operatie als middel ter bestrijding der infectie. Ik herhaal dit hier nog eens, opdat men mij niet verwijte een willekeurige schifting der gepubliceerde gevallen te maken. Men zal trouwens zien dat ik, door die noodzakelijke schifting, gen rekening houd met mijn eigen gevallen, die alle buiten ons omschreven kader liggen. Bovendien ben ik genoodzaakt die gevallen buiten beschouwing te laten, waaromtrent men in de litteratuur niets anders vinden kan dan enkele niets zeggende woorden. Op die manier te werk gaande vindt men de volgende gevallen.

a. Prochownick [1]). Gev. I. Abortus provocatus. Koorts voor de uitstooting van het ei. Foetus gedeeltelijk uit het ostium; tamponnade. Den volgenden dag het geheele ei achter den tampon in de vagina,

[1]) L. Prochownick. Die Ausschneidung der puerperal-septischen Gebärmutter. II Theil. Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gyn. X, 1899, pp. 14 s 19.

anaaltemperatuur 40°,4. 's Middags 40°7, pols 140. Bloeddruppel uit den vingertop bevat „massenhaft" streptococcen. Vaginale hysterectomie. Na de operatie temperatuur 40°,3, pols 160. Gedurende 6 dagen temperatuur tusschen 37°,8 en 38°,6 *Genezing*. „Das Gebärorgan ist bis tief ins Parenchym mit zahlreichen kleinen rein eitrigen und blutig-jauchigen Abscessen durchsetzt".

b. Prochownick. Gev. III. Incomplete abortus. Pyometra. Curettage. In het uitkrabsel staphylococcen, geen streptococcen. Vijf dagen later streptococcen in het bloed. Vaginale hysterectomie. Koude rillingen blijven. *Dood* 13 dagen p.o. Kleine haard van longgangraen; geen andere metastasen.

c. Prochownick. Gev. IV. Abortus, infectie door de hand van den medicus. Streptococcen in het bloed. Licht wrijvingsgeruisch aan de mitralis. Vaginale hysterectomie, 4 dagen na het begin der koorts. *Dood* 36 uur p.o. Geen sectie.

d, *e*, *f*. Bumm[1]). „In drei anderen Fällen, wo es sich um septische, durch Streptococcen bedingte Endometritis mit diphterischen Belägen handelte, brachte die Exstirpation des puerperalen Uterus keinen Nutzen. Die Kranken *erlagen* der Infection rasch. Bei der Section fanden sich, gleichgültig ob die Exstirpation von der Vagina aus oder per Laparotomiam ausgeführt war, die Stümpfe eitrig belegt und eine beginnende Pelveoperitonitis zeigte die Ausbreitung der Infection von den Stümpfen auf's Bauchfell an".

g. Sippel[2]). Purulente endometritis na retentio placentae. Supravaginale amputatie 16 dagen post partum. Extraperitoneale stompbehandeling. Koorts gedurende meer dan een week. *Genezing*.

h. v. Weiss[3]) Placenta praevia centralis. De vastzittende pla- wordt met moeite manueel verwijderd. Volgende dag koorts. Vaginale hysterectomie 36 uur post partum. *Dood* 40 uur p.o. Sectie: Acute algemeene seropurulente peritonitis; acute oöphoritis en phlegmoneuse parametritis.

i. Hegar[4]) Spontane bevalling. Eerste tien dagen post partum temperatuur niet boven 38°. Den elfden dag wordt een kleine placentairrest verwijderd. Twee uur later koude rilling, koorts. Den 13den dag, 48 uur na de eerste rilling, vaginale hysterectomie. *Dood* 25 dagen p.o. Sectie: Myocarditis; septisch longoedeem; septische thrombose der linker venae iliaca en cruralis; pleuritis.

[1]) E. Bumm, Ueber die chirurgische Behandlung des Kindbettfiebers, 1902 pag. 9.

[2]) A. Sippel, Supravaginale Amputation des septischen puerperalen Uterus. Centralb. f. Gyn. 1894, pag. 667.

[3]) O. v. Weiss, Zur Kasuistik der Placenta praevia centralis. Centralbl. f. Gyn 1897, pag. 641.

[4]) W. Ypma, Ein Fall von Sepsis puerperalis mit Extirpatio uteri vaginalis. Diss. Freiburg, 1896, Berlin.

j. Mackenrodt [1]). Na de verwijdering van den septischen uterus in een zeer ernstig geval van puerperaalkoorts was er eerst volkomen remissie van alle symptomen gedurende 4 dagen. Daarop, phlegmone van den linker breeden band, absces, perforatie in de peritoneaalholte. *Dood*, door peritonitis.

k. Mackenrodt [2]). Ettering van de portio met ulceratie van de voorlip. Abortus in de 3e maand. Cauterisatie van het open halskanaal. Elf dagen later, ernstige bloeding, curettage. Onmiddellijk daarna, rillingen, koorts die gedurende drie dagen toeneemt. Albuminurie. Deliriën. Hysterectomie. Septische, diphterische metritis. Twee uur later normale temperatuur. *Genezing.*

l. Doederlein [3]). Gev. I. De patiënte komt 17 dagen na de bevalling in de kliniek. Temperatuur 39°,5. Drie dagen later worden eenige placentair-overblijfsels verwijderd. De volgende dagen schommelt de temperatuur tusschen 37°,9 en 39°,9, de pols tusschen 111 en 130. „Da die Temperatuur so hoch ist, der Puls so schlecht und der Ausfluss übelriechend", vaginale hysterectomie. Het endometrium van de verwijderde baarmoeder ziet er goed uit met uitzondering der placentairplaats, die wankleurig is. Geen etter, noch streptococcen. *Genezing.*

m. Carbonelli [4]). Onregelmatige koorts gedurende acht en twintig dagen post partum. Vaginale hyssterectomie. In het uterusweefsel zeven of acht kleine abscessen. De temperatuur blijft verhoogd; verscheidene subcutane abscessen. *Dood* 51 dagen p. o. Sectie: Anaemie, diffuse steatose der onderbuiksorganen, dubbelzijdige nephritis, absces achter het S romanum.

n. Vineberg [5]). Gev. II. Koorts sinds den zesden dag post partum. Drie dagen later temperatuur 39°,4, pols 120. Curettage. „Intra-uterine irrigations ordered, but the order was not carried out". Drie dagen later 's morgens temperatuur 39°,6, pols 154. Abdominale hysterectomie Breede banden oedemateus; in den uterus twijfelachtige placentairrest. Langzame *genezing.*

o. Vineberg. Gev. IV. Koorts sinds den tweeden dag post partum. Curettage waardoor een groot deel van den achtersten uteruswand

---

[1]) Mackenrodt, Ueber Exstirpatio Uteri. Verh. d. deutschen Gesellsch. f. Gyn. Leipzig, 1897, pag. 478.

[2]) Geciteerd door Brausewetter, Neuere Arbeiten über Abortbehandlung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. VI, pag. 534.

[3]) Zipperlen, Die Totalexstirpation des septischen Uterus. Diss. Tuebingen, 1899.

[4]) Carbonelli, Rendiconto clinico della Maternità di Torino, degli anni 1898—99, 1900, pag. 44.

[5]) Hiram N. Vineberg. The surgical treatment of acute puerperal sepsis, with special reference to hysterectomy. Amer. Journ. of the med. Sciences. Feb. 1900, Reprint, pag. 8.

wordt weggenomen. Den 14den dag zag Vineberg de patiënte voor het eerst. Temperatuur 41°,1, pols 140 à 150. Proefcolpotomie. Twee dagen later abdominale hysterectomie. *Genezing*. Meerdere abscessen in den uterus onder het peritoneum.

p. Davis[1]). Gev. I. Primipara; temperatuur niet boven 38°,9, geleidelijk dalend tot 37°,8. Twee weken post partum, laparotomie, inspectie van den uterus. „Beneath its peritoneal covering could be seen small multiple abscesses in its parenchyma." Supravaginale amputatie, extraperitoneale stompbehandeling. *Genezing*. „On section the uterine muscle showed small multiple abscesses."

q. Lapthorn Smith[2]). Hysterectomie vijf dagen post partum. Niets aan de adnexa. Pus in de uterine sinus. *Genezing*.

r. Hirst[3]). „Hysterectomy two weeks after confinement, diphteritic endometritis; no involvement beyond womb; *died*".

s. Boldt[4]) Zesde dag post partum rilling, temperatuur 40°. Onregelmatige koorts. Drie weken p.p. temperatuur 39°,4, pols 124 Het onderzoek door Boldt deed niets anders vinden dan een septische mitritis en werd gevolgd door een temperatuursverhooging tot 41° met een pols van 156. Volgende dag hysterectomie. *Genezing*.

t. Carpenter[5]). Vijfde dag temperatuur 40°,3. Rottend placentairweefsel door curettage verwijderd. Zesde dag, 's morgens temperatuur 39°,1, pols 120; 'savonds, 40°,7, pols 148. „Deze temperatuur en deze pols bleven den volgenden morgen. Toen zag ik een sterke etterige uitvloeiing uit den uterus". Hysterectomie. *Genezing*.

u. Goldsborough[6]). Derde dag post partum temperatuur 40°,3, pols 120. Vierde dag, stinkende uitvloed, temperatuur 40°,5, pols 130. Vijfde dag: „er heeft zich reeds een septische pleuritis ontwikkeld". Hysterectomie. *Genezing*. (Geen woord meer over de pleuritis).

v. Polak[7]). Opname 23 dagen post partum. Etterige uitvloed, temperatuur 38°,9, pols 120 à 140. Gedurende negen dagen behandeld met intra-uterine irrigaties zonder succes. Hysterectomie. *Genezing*.

---

1) Edward P. Davis, When shall celiotomy be performed in the treatment of puerperal sepsis? Amer. Journ. of Obst. 1895, I, pag 155.

2) A. Lapthorn Smith, A case of puerperal peritonitis treated bij amputíon of the uterus. Amer. Journ. of Obst. 1892, I, pag. 43.

3) Geciteerd door Baldy, Abdominal section for puerperal septicaemia. Amer. Journ. of Obst. 1895, II, pag. 8.

4) H. J. Boldt, The indications for hysterectomy and indications for abdominal section and drainage in puerperal infection. Newyork med. Journ. 1901.

5) Geciteerd door R. Bonamy, De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë. Thèse, Paris 1899, pag. 42.

6) Geciteerd door Bonamy, l. c. pag. 45.

7) Geciteerd door Bonamy, l.c. pag. 88.

w. Tuffier [1]). Abortus van vier en een halve maand, curettage. Vierde dag, rilling, temperatuur 39°,5, later 41°,4. Vijfde dag temperatuur 39°,9, pols 128. Hysterectomie. *Genezing*.

x. Tuffier. Koorts sinds den tweeden dag. Negende dag hysterectomie. *Dood*. Sectie: geen peritonitis.

ij. Hartmann [2]), Koorts sinds den tweeden dag. Vijfde dag, temperatuur 41°,2, pols 132. Zesde dag, temperatuur 40°, pols 160. Hysterectomie. *Dood*. Sectie: De linker pleuraholte bevat ongeveer een liter pus; lever in rotting.

z. Tuffier [3]) Incomplete abortus. Temperatuur 39°,6; curage, écouvillonnage. Twee dagen later temperatuur tusschen 40°,1 en 41°,7 rillingen. Hysterectomie. *Dood*, „avec tous les symptômes d'une péritonite post-opératoire". Geen sectie.

a' Bouilly [4]). Abortus provocatus. Koorts voor de uitstooting van het ei. Na den abortus een dag apyrexie. Daarna temperatuur 39°, vervolgens 40°, pols 112. Gedurende zeven dagen toestand onveranderd. Hysterectomie. *Dood*, zonder eenig verschijnsel van den kant van het peritoneum. Geen sectie.

b' Demelin en Jeannin [5]). Tympania uteri. Twee dagen post partum koorts en rilling; vier dagen post partum „troisième frisson, 39°, vomissements, facies mauvais". Supravaginale uterus-amputatie. *Genezing*.

c' Porak en Potocki [6]). Vrouw sinds eenige dagen bevallen. „Elle ne paraissait pas atteinte de péritonite, la septicémie paraissait bien d'origine utérine. L'utérus était volumineux, le col était entr'ouvert, les lochies étaient fétides. L'état de la malade était d'ailleurs très grave et ne s'amenda pas après le traitement intra-utérin". Hysterectomie. *Dood* „dans le cours de la nuit suivante".

d' Maygrier [7]). De avond der bevalling koorts. Rillingen, temperatuur tot 41°,7. Plaatselijke behandeling zonder effect. Den dertienden dag hysterectomie. Koorts niet in het minst afgenomen. *Dood* 31 dagen p.o. Sectie: nergens eenige haard.

e' Rochard [8]). Gev. V. Koorts sinds den tweeden dag post partum. Rillingen. Plaatselijke behandeling zonder succes. Den

---

[1]) Bonamy, l. c. pag. 55.

[2]) In thèse van Brosset, geciteerd door Bonamy, l. c. pag. 57.

[3]) Bonamy, l. c. pag. 94.

[4]) M. H. C. Wintrebert, De l'ablation de l'utérus dans les infections puerpirales. Thèse, Paris, 1895, pag. 46.

[5]) Demelin et Jeannin, Un cas d'infection puerpérale par putréfaction foetale intra-utérine; hystérectomie abdominale, guérison. Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris, 1901, pag. 267.

[6]) Ibid. pag. 339.

[7]) Ibid. pag, 365.

[8]) Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie de Paris, 1900, pag. 205.

twaalfden dag hysterectomie. „Il existe une phlébite des veines utérines, phlébite qui s'étendait aux ligaments larges". *Dood.*

f' Terrier[1]). Abortus van twee en een halve maand. De patiënte komt den 11den dag in het hospitaal. Temperatuur tot 39°,8 en pols van 140 tot 168. Rillingen. „En présencé de la rapidité et de la faiblesse du pouls, de l'anxiété respiratoire, étant donnée également la sécheresse de la langue et les frissons, on décide de pratiquer l'hystérectomie". Operatie vier uur na de opname der vrouw. *Genezing.*

g' Quenu[2]). Jonge vrouw vroegtijdig bevallen in de vijfde maand en geinfecteerd; toen intra-uterine irrigaties en de curettage de verschijnselen niet deden verdwijnen, besloot men tot de hysterectomie. „L'utérus enlevé ne paraissait pas très malade" *Dood* den 26en dag.

h' J. L. Faure[3]). Gev. III. Infectie sinds meerdere dagen. Curettage. Gedurende vier dagen scheen alles goed te gaan, daarop stijgt de temperatuur plotseling tot 40 graden, met weeken pols, slecht uiterlijk en duidelijke vermindering van den algemeenen toestand. Hysterectomie. *Dood*, vier dagen later. „Sans phénomènes particuliers". Geen sectie.

i' J. L. Faure. Gev. V. „Accouchement le 17 Mars, délivrance le 20. Entrée le 22, en pleine infection; température 40°,6, pouls 130. Sueurs, frissons, peu de ballonnement". Hysterectomie. „Les parois de l'utérus sont infiltrées et présentent par places des abcès interstitiels". *Dood,* drie dagen p.o.

j' Perret[4]). Koorts sinds den eersten dag post partum. Van den 15den tot den 22en dag schommelt de temperatuur tusschen 40° en 41°,6. Daar de algemeene toestand niet verbetert hysterectomie. *Dood*, eenige uren later. Multipele abscessen onder het peritoneaal bekleedsel der baarmoeder.

Ziedaar dus in het geheel 36 waarnemingen van hysterectomie bij gevallen van puerperaalinfectie waarin noch extra-uterine localisaties, noch intra-uterine complicaties (retentio placentae, fibromyomen, etc.) bestonden. Op die 36 zijn 15 genezingen tegen 21 dooden. Heeft men nu het recht tot de volgende buitengemeen eenvoudige redeneering? Uit het voorafgaande blijkt dat een zeker aantal der ernstig geïnfecteerde vrouwen—stel tien procent— bezwijkt. De hysterectomie kan het getal dier dooden met een goed derde

[1]) Ibid. pag. 218.
[2]) Ibid. pag. 249.
[3]) Ibid. pag. 336.
[4]) Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris, 1902, pag. 162.

deel verminderen, dus de operatie is aanbevelenswaardig. Zonder eenigen twijfel heeft men dat recht niet en de redeneering is allerminst juist.

In de epikrise der doodelijk afgeloopen gevallen leest men niet zelden, dat de oorzaak van den slechten afloop hierin gezocht moest worden dat de operatie te laat was ondernomen geworden. Voor enkele exceptioneele gevallen, waarin men geopereerd heeft bij bijna begonnen agonie, mag deze verklaring aangenomen worden, maar het schijnt mij toe, dat zij voor de meeste gevallen onaannemelijk is. Tenzij men als principe wil aannemen, dat men den uterus moet exstirpeeren zoodra zich eene ernstige puerperale infectie openbaart. Wij zullen straks zien dat dit principe werkelijk is aanbevolen. Maar wanneer de kleine, boven gegeven statistiek beter had kunnen zijn, indien in sommige gevallen eerder ware ingegrepen, zoo is het van den anderen kant duidelijk, dat er in die statistiek verschillende gevallen zijn waarbij men zich buitengemeen gehaast heeft met de operatie en dat niet alleen in de genezen gevallen, maar ook in die met den dood geëindigd zijn. Dat wil zeggen, dat men dan eene operatie heeft verricht die in 90 procent der gevallen overbodig was en dat men dus het levensgevaar der patiënten heeft vermeerderd in plaats van het te verminderen. Eindelijk moet men in de gevallen waarin de genezing gevolgd is op de operatie, zelfs wanneer deze zoo goed mogelijk geïndiceerd scheen, zich altijd nog afvragen of de patiënte niet had kunnen gered worden zonder deze verminkende en op zich zelf ernstige operatie?

Ten bewijze van deze laatste bewering geef ik hier de volgende waarneming.

N°. 256, 1897. Multipara, acht dagen post partum in de kliniek opgenomen. Koorts sinds den tweeden dag, hoogste temperatuur 39°,9 en pols 144. In den beginne scheen de patiënte het beter te maken, maar die beterschap duurde niet, zoodat, toen de temperatuur niet naar beneden ging en de algemeene toestand meer en meer achteruit ging, de prognose mij zoo slecht leek, dat ik tot de uterusexstirpatie besloot. De uterus was zoo week, dat de tangen niets anders deden dan er het weefsel van stukscheuren, hetgeen de operatie van den beginne af aan zeer bemoeilijkte. Tot overmaat van ramp ging de vinger, die bezig was de blaas van de cervix los te maken, door den blaaswand heen. Ontmoedigd gaf ik toen de verdere operatie op, omdat ik geen lust had nog meer den naar het mij scheen onvermijdelijken dood der vrouw te verhaasten. Eenige hechtingen in het laquear posterius, enkele andere in de blaaswond, een tampon in de vagina en de patiënte wordt te bed gebracht. Negen dagen na deze abortieve operatie is de vrouw koortsvrij en

wanneer de blaasfistel haar niet drie en een halve maand in de kliniek gehouden had, dan zou zij ons reeds veel eerder in volkomen goede gezondheid verlaten hebben.

Dit geval schijnt mij bij uitstek geschikt om ons sceptisch te maken op het stuk der weldaden van de hysterectomie en der resultaten dier operatie vergeleken met die van de verloskundige behandeling, zoodat uit al het voorafgaande slechts deze conclusie mij geoorloofd schijnt: er zijn uitzonderingsgevallen, waarin de hysterectomie misschien de zieke redden kan, die zonder dit operatief ingrijpen verloren zoude zijn.

Voorzichtige conclusie, overmatig voorzichtig zelfs als men wil, maar toch de eenige die voor mijn geweten als verloskundige en operateur aannemelijk is. Zij legt ons den plicht op te trachten te bepalen, welke die uitzonderingsgevallen zijn die de hysterectomie noodzakelijk maken. Met andere woorden, en dit is het zwaartepunt der geheele kwestie, wat is de indicatie der hysterectomie in de ons bezighoudende omstandigheden?

Ziehier wat men te dien opzichte in de litteratuur vindt.

Degeen die het verste gaat is zeker Rochard [1]). In de Parijsche Sociéte de chirurgie heeft hij gezegd: In al de gevallen van ernstige puerperaal-infectie die het leven der vrouw in onmiddellijk gevaar brengen, moet men de laparotomie verrichten. Deze stelt ons in staat alle bezwaren die men kan tegenkomen op te lossen. Zij moet gevolgd worden door de hysterectomie zoo dikwijls men een geïnfecteerden uterus vindt, die zich niet geïnvolveerd heeft.

Ik betwijfel zeer of er een chirurg, die tevens obstetricus is, te vinden zal zijn, die van de zoo uitgebreide indicatie van Rochard gediend is. Die indicatie is, naar het mij voorkomt, niet in het minst gerechtvaardigd, noch door de onvoldoendheid der andere middelen, noch door de resultaten der hysterectomie. Haar aannemende zou men *misschien enkele* levens redden, die anders verloren waren, door de operatie zou men er *waarschijnlijk meerdere* verliezen, die zonder operatie behouden zouden zijn en men zou *zeker* eene ernstige en noodelooze verminking teweegbrengen bij tal van jonge vrouwen die men zonder eenige noodzaak steriel zou maken. Er worden reeds te veel uteri weggenomen zonder voldoende indicatie dan dat het gewenscht zou zijn luchthartig weg het terrein der hysterectomie uit te breiden. En als Rochard vraagt: Men aarzelt niet de adnexa van beide zijden weg te nemen bij vrouwen wier afwijkingen haar leven niet onmiddellijk in gevaar brengen, en men zou zwarigheden maken tegenover eene kraamvrouw, van welke de geïnfecteerde

---

[1]) Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie de Paris, 1900, pag 209.

uterus onmiddellijk het leven bedreigt?, dan kan hem slechts geantwoord worden, dat een slechte daad nooit een reden, zelfs geen verontschuldiging, kan zijn voor eene andere die even slecht is.

Voor Terrier [1]) is het slechts door middel van volledige waarnemingen waarbij het bacteriologisch onderzoek van het bloed en van den inhoud der baarmoeder met zorg verricht is, dat men de gevallen zal kunnen bepalen waarin de hysterectomie geïndiceerd is. Ik veroorloof mij allereerst op te merken dat in het geval, dat aanleiding gegeven heeft tot deze uiting, de operatie op de volgende manier is gemotiveerd: Wegens de snelheid en de weekheid van den pols, de benauwde ademhaling, en eveneens wegens de drooghheid der tong en de rillingen, wordt besloten tot de hysterectomie. Het waren derhalve zuiver klinische gegevens die de operatie hebben geïndiceerd en niet het bacteriologisch onderzoek van het bloed, dat eerst later heeft plaats gehad. Dit heeft toen opgeleverd: „qu'il n'y avait pas de microbes dans le sang, mais que la cavité utérine renfermait un streptocoque et trois variétés anaërobies". Ten aanzien der aanwezigheid van streptococcen in de baarmoeder zijn er obstetrische waarnemingen te over die bewijzen, dat deze volstrekt niet eene zoo ernstige operatie als de hysterectomie noodzakelijk maakt. En wanneer in het geval van Terrier het bloedonderzoek vóór de operatie had plaats gehad, dan zou het eerder van de operatie hebben moeten doen afzien, aangezien het bloed geen kiemen bevatte.

Maar het bacteriologisch onderzoek van het bloed heeft volstrekt niet die beteekenis die Prochownick [2]) daaraan, in een overigens zeer verdienstelijken arbeid, heeft toegekend. Volgens hem zou de aanwezigheid van streptococcen in het bloed eene formeele indicatie voor de hysterectomie zijn, daar zonder deze de prognose zeker letaal zou zijn. Wanneer de meening van Prochownick juist ware, dan was alles in orde. Maar, ongelukkigerwijze, is zij dat niet. Op mijn verzoek heeft Dr. Alex. Klein, wiens gezag in deze materie welbekend is bij alle bacteriologen, eenige onderzoekingen voor mij gedaan. Ik noem daarvan slechts twee. Ten eerste het geval boven medegedeeld onder nummer 34. In het bloed was slechts een staphylococcus, die niet virulent wasvoor witte muizen en toch is de patiënte bezweken aan de algemeene infectie. Dit geval bewijst dat de afwezigheid van streptococcen in het bloed volstrekt niet het gevaar uitsluit van de aanwezigheid eener doodelijke infectie.

Geheel anders is het volgende geval.

N°. 89, 1902. Multipara, acht dagen post partum in de kliniek

---

[1]) l. c. pag. 221.
[2]) l. c.

opgenomen. Herhaalde koude rillingen, temperatuur tot 40°,4, pols tot 158. Bloedonderzoek met positief resultaat. Het bloed bevat streptococcen en staphyloccen. Gedurende het verblijf in de kliniek ontwikkelt zich zeer snel een parametraan absces, dat negen dagen na de opname wordt geïncideerd. Snelle en volkomene genezing.

Dit geval alleen zou reeds voldoende zijn om te bewijzen, dat het bacteriologisch bloedonderzoek, hoe belangrijk het overigens zijn moge, niet voldoende is om de hysterectomie, zoo min als eenige andere operatie te indiceeren. Trouwens waren reeds lang voor de publicatie van Prochownick (1899) beslissende onderzoekingen op dit punt gedaan.

Petruschky [1]) heeft in 1894 een groote serie van zeer nauwkeurige onderzoekingen, verricht in het laboratorium van Robert Koch, gepubliceerd, waaruit met volkomen zekerheid blijkt dat de aanwezigheid van streptococcen in het bloed geen letale prognose geeft, evenmin als de afwezigheid van mikro-organismen altijd recht geeft op een gunstige prognose. Want in 14 door Petruschky onderzochte gevallen van puerperaal-infectie (om ons tot deze categorie te bepalen) gaf het bloedonderzoek 9 maal een positief resulaat. Eens waren er in het bloed staphylococcen en acht maal streptococcen. Van de laatste acht vrouwen stierven er drie en onder de genezenen waren gevallen waarin de streptococcen buitengemeen virulent waren. Er is, in de genezen gevallen, geen sprake geweest van hysterectomie, zoodat de onderzoekingen van Petruschky, evenals die van Klein, door bevoegde bacteriologen verricht, met zekerheid bewijzen dat het door Prochownick gegeven criterium, als basis van behandeling der puerperaal-infectie, niets waard is.

Bovendien was er onder de vijf gevallen met negatief resultaat van het bloedonderzoek een met doodelijken afloop, waarbij de sectie een algemeene streptococcen-infectie aantoonde. Bewijs te meer, dat wij er nog niet aan toe zijn om het vraagstuk der hysterectomie op te lossen met bacteriologische gegevens.

Evenmin als het bacteriologische criterium is een ander, door Prochownick, in overeenstemming met Freund aangenomen, geldig. Freund [2]) zegt het volgende: „Die Indication zu solchem operativen Vorgehen besteht zu Recht bei Pyaemie infolge von unsauber (meist kriminell) eingeleitetem Abortus. Ich habe ein durch solchem Eingriff pyämisch erkranktes Weib niemals mit dem Leben davonkommen gesehen". Ik kan volstaan met te verwijzen

[1]) Johannes Petruschky, Untersuchungen über Infection mit pyogenen Kokken Zeitschr. f. Hygiene u. Infectionskr. XVII. 1894, pp. 59, sqq.

[2]) W. A. Freund, Methoden und Indikationen der Totalexstirpation des Uterus. Hegar's Beiträge zur Geburtsh. u. Gyn. I, 1898, pag. 399.

naar mijn eigen kleine statistiek om te doen zien, dat de infectie volgende op een abortus provocatus niet altijd een zoo ongunstige prognose geeft. Freund is klaarblijkelijk op eene ongelukkige serie gestooten, maar dat is nog geen voldoende indicatie voor de hysterectomie.

Het is zelfs niet eens noodig de hulp der statistiek in te roepen om de indicatie te verwerpen, die Cartledge[1]) geeft „The time for hysterectomy in true puerperal infection is after thorough local and general traetment has failed to stay the progress of the disease. If successful, the non-operative treatment will arrest the disease *in three days*". Als de laatste zin juist ware, dan was de zaak dood eenvoudig. Maar het is ondenkbaar dat er één obstetricus is, die niet weet dat de zin van Cartledge zoo volmaakt onjuist is als maar mogelijk is en tegenover de door hem gegeven indicatie heeft men slechts een variant te stellen van een bekend gevleugeld woord van Pajot: la chirurgie n'est pas une affaire d'horlogerie.

Het lijdt geen twijfel of de indicatie gegeven door Vineberg[2]) is eveneens onjuist. Volgens hem is de hysterectomie geïndiceerd, wanneer de obstetrische behandeling geen effect heeft, er geen exsudaat in het bekken is en de pols boven 130 komt en week en klein wordt. Uit de verschillende obstetrische publicaties, zoowel als uit het boven gegeven overzicht van mijn eigen gevallen van infectie blijkt duidelijk dat eene polsfrequentie ver over 130 volstrekt niet eene letale prognose in zich sluit en dus op geenerlei wijze de hysterectomie kan indiceeren. Eerlijkheidshalve moet ik zeggen, dat de schrijver er aan toevoegt: „I am aware that such a rule is somewhat arbitrary, and I have myself not always adhered to it. There are a great many other things which must be taken into consideration, and which are difficult to describe, such as the general course the disease has run, the general appearance of the tongue, the character of the pulse and so on".

Zonder eenigen twijfel zijn die laatste regels juister dan de uiting van Zipperlen[3]): „Das Thermometer und der Finger auf dem Puls werden einem stets die richtigen Pfade weisen." Neen, duizendmaal neen, de kwestie is zoo eenvoudig niet en de indicatie tot de hysterectomie kan slechts gesteld worden, wanneer men rekening houdt zoowel met den aard der ingestelde obstetrische behandeling en haar gebrek aan succes als met *alle* klinische teekens, die een

---

[1]) A. Morgan Cartledge, Hysterectomy in acute puerperal sepsis. Amer. Gyn. and Obst. Journ. 1896 VIII, pag. 34.

[2]) l. c. pag. 7.

[3]) l. c. pag. 57.

nauwgezette en zoo lang mogelijk voortgezette waarneming doet ontdekken. Wanneer men zoodoende tot de conclusie komt dat de eenige kans op redding gelegen is in de hysterectomie, dan zal deze geïndiceerd zijn.

Als men, onder deze omstandigheden, de patiënte verliest, dan zal men zich moeten zeggen dat *misschien* eene spoedigere operatie haar zou hebben gered, maar ook dat *misschien*, zonder operatie, de prognose niet zoo slecht gebleken zou zijn als men haar waande, zoodat *misschien* de patiënte, ware zij niet geöpereerd, zou zijn blijven leven. Daarentegen, wanneer de geöpereerde geneest, zal men zich eveneens moeten zeggen dat zij *misschien* toch even goed beter zou geworden zijn, zoodat men haar *misschien* zonder noodzaak heeft verminkt en aan nieuwe gevaren heeft blootgesteld. Alles bij elkaar genomen is het op dit oogenblik niet mogelijk eenigermate nauwkeurige indicaties voor de hysterectomie te geven en of men haar doen zal, ja dan neen, zal dikwijls een kwestie zijn van het geweten en ook van het temperament van den medicus.

In enkele woorden zou ik mijne conclusies als volgt willen formuleeren.

I. De middelen gebruikelijk ter behandeling der puerperaal-infectie, geheel tot den uterus beperkt, zijn in de groote meerderheid der gevallen voldoende.

II. In enkele uitzonderingsgevallen kan de hysterectomie succes hebben daar waar de obstetrische behandeling schipbreuk lijdt.

III. De indicatie voor de hysterectomie mag slechts gesteld worden na een zeer nauwkeurig klinisch onderzoek en met nauwgezet overwegen van het voor en tegen der operatie.

IV. Degene die in dergelijke gevallen veel hysterectomieën doet, doet er zeker te veel.

BIJDRAGE TOT DE DIAGNOSTIEK VAN OVARIAALCYSTOMEN.

DOOR

M. JESSURUN,
heelkundige en vrouwenarts te Haarlem.

Van de vijf gevallen van Cystoma ovarii, die ik in de jaren 1899—1901 te zien kreeg, door mij geopereerd werden, en die allen goed verliepen, waren er twee, die langere jaren bestaan hadden, zich geleidelijk ontwikkeld hadden en waar de diagnose uiterst eenvoudig was, zoodat deze twee gevallen slechts zeer in het kort door mij zullen worden aangegeven. Van de drie overige gevallen zal ik de historia morbi breedvoerig geven, omdat zij, uit een oogpunt van diagnostiek, eenige waarde hebben.

Geval I.

10. VIII. 1900. Mejuffr. C. B., oud 44 jaar, ongehuwd, nullipara. Menses waren steeds geregeld, duurden 4—6 dagen, vrij profuus. Twee jaar geleden trad 't climacterium bij haar in. In aansluiting daaraan is zij gaan lijden aan buikpijn, die af en toe optrad en soms vrij hevig kon zijn. Tegelijk werd haar buik hoe langer hoe dikker, waarover zij zich ongerust maakte.

Bij onderzoek wordt gevonden een kleine atrophische geretroverteerde uterus en een duidelijke zeer groote ovariaalcyste. Van adnexa niets te voelen.

16. VIII. 1900. Chloroform narcose: operatieduur 35 min. Hoeveelheid chloroform 24 gram. Laparotomie. — Multiloculair cystoma ovarii dextri. — Buikholte in drie etages gesloten met doorloopende zijden hechtingen. — Verloop ongestoord.

24. VIII. 1900. Hechtingen verwijderd, wond p. p. i. genezen.

22. IX. 1900. Met elastieken buikgordel genezen ontslagen.

Geval II.

12. IV. '99. Mejuffr. E. K. oud 38 jaar, ongehuwd, nullipara. Menses ongeregeld, nu eens om de drie, dan weer om de vier weken, vrij profuus. Sedert een jaar zou de buik in omvang toenemen en hoe langer hoe dikker geworden zijn; behalve een gevoel van zwaarte had zij verder weinig last, doch zij vond het onaangenaam dat de buren haar er op aankeken dat haar buik zoo dik

werd en zij wenschte daarom daarvan afgeholpen te worden.

Diagnose: Cystoma ovarii.

9. IV. 99. Laparotomie in Chloroformnarcose: duur 30 minuten, hoeveelheid chloroform 20 gr.

Het praeparaat is een uniloculair cystoma ovarii sinistri. Buikholte in drie etages gesloten met doorloopende zijden hechtingen. Verloop ongestoord. 26. IV hechtingen verwijderd p. p. i. genezen.

6. V. '99. Met elastieken buikgordel genezen ontslagen.

Geval III.

Op den 8en Augustus 1899 werd ik door collega N. uit S. in consult gehaald bij juffr. S. geb. N. De patiënte was eene multipara, oud 29 jaar, wier laatste partus 2 jaar geleden plaats vond. De bevallingen verliepen alle spontaan en het kraambed was steeds ongestoord. De collega, die zelf al de vorige partus geleid heeft, heeft nimmers iets bizonders bij haar bemerkt.

Patiënt deelt mede dat zij steeds gezond geweest is en nimmer menstruatiestoornissen of bezwaren gehad heeft. De laatste menses traden op vier maanden geleden, waarna zij de gewone zwangerschapsbezwaren bespeurde, doch overigens volkomen gezond bleef. Ongeveer een week geleden kreeg zij onder verschijnselen van collaps heftige pijn in den buik en is deze terstond opgezet geworden. De genoemde collega behandelde haar toen met excitantia, bedrust en ijs op den buik. De alarmeerende verschijnselen gingen toen terug, doch de buik bleef opgezet en zou in de laatste dagen zelfs in omvang zijn toegenomen. De pols blijft frequent, de algemeene toestand zeer ernstig, weshalve hij mijn oordeel vraagt.

Stat. praes. Pat. ziet er vervallen en verouderd uit. Facies abdominalis. Tong beslagen, droog; pols klein, frequentie 110, regulair, spanning en vulling gering. Borstorganen vertoonen geene afwijking. Buik gelijkmatig, sterk uitgezet als bij eene gravida à terme; geene ectatische venae op de buikhuid. Bij palpatie, die betrekkelijk weinig pijnlijk is, voelt men eene elastische spanning van den geheelen buik met duidelijk gevoel van fluctuatie en undulatie. Aan de levergrens gaat de elastische weerstand over in een vasten, ter grootte van een handpalm, als van een hard orgaan, dat zich in het rechter mesogastrium uitstrekt en dat bij percussie in de leverdemping overgaat. Zoo uitwendig palpeerende, krijgt men den indruk of van een gedeelte van de lever eene enorme cyste uitgaat, die de geheele buikholte opvult.

Bij vaginaal-onderzoek vindt men eene weeke sterk naar voren staande portio vaginalis. De uterus in retropositie is duidelijk vergroot te voelen, overeenkomende met een uterus gravidus in de 4e maand. Bimanueel wordt niet anders gevoeld dan een cyste, die den uterus

naar achteren gedrongen heeft. Van de adnexa is niets te voelen.

Diagnose: Met het oog op het plotselinge ontstaan en den snellen groei van dezen met vocht gevulden tumor abdominis bij eene overigens gezonde gravida onder verschijnselen van collaps, is het meest waarschijnlijke dat hier bestaat een ovariaalcyste, die door interne bloeding, waarschijnlijk door steeldraaiïng veroorzaakt, deze alarmeerende verschijnselen heeft gegeven, terwijl het hardere gedeelte in continu verband met de cyste deze dan tot een dermoïd zou stempelen.

Op de vraag of hier ook een leverechinoccus, als in die streek meer voorkomende, in aanmerking kon komen, moest ontkennend geantwoord worden, op grond dat die cysten nooit zoo snel zulk eene grootte aannemen, dat pat. niet febriciteert, dat van hydatiden geruisch geen spoor was te vinden.

Pat. wordt op mijn verlangen naar de Maria Stichting overgebracht. Na behoorlijke voorbereiding van darmkanaal en huid wordt den 14en Aug. tot laparotomie overgegaan. Operatieduur 35 min. 20 gr. chlorof. Incisie in de linea alba 7 cM. lang tusschen navel en symphysis pubis. Na opening van het peritoneum presenteert zich de cyste in de buikwond en wordt met een dikke trocart gepuncteerd waarbij donkerbruin bloederig vocht ontlast wordt, terwijl herhaaldelijk de canule door dikke brokken cholestearine verstopt wordt. Langzaam wordt nu de cyste naar buiten gehaald en blijkt het dat de cyste uitgegaan is van het linker ovarium, de steel vertoont eene torsie van 450° in de richting van de wijzers van een klok. Deze wordt geretordeerd, met bandzijde afgebonden en doorgeknipt. Uterus blijkt de normale grootte van een uterus gravidus in de 4e maand te bezitten. Rechter ovarium normaal. De buikholte wordt in drie étages gesloten, n. l. doorloopende peritoneumnaad, doorloopende fascienaad, doorloopende huidnaad, allen met zijde. De tumor blijkt te zijn een dermoïdcyste, waarvan het vastere kraakbeenige gedeelte tegen de lever lag. In de cyste wordt gevonden een convoluut van blonde haren en groote brokken cholestearine, terwijl het vastere gedeelte bestaat uit onregelmatig gevormd kraakbeen.

's Avonds reeds loost pat. flatus; pols 108, temp. 36°.9. De eenige klacht is de moeilijke rugligging. 10 mgr. morphine subcut.

Verder verloop ideaal. De hoogste temp. gedurende de geheele nabehandeling is geweest 37°.2; overigens schommelde deze tusschen 36°,2 en 37°.

21. VIII. Hechtingen verwijderd; wond p. p. i. genezen.

7. IX. Met elastieken buikgordel genezen ontslagen, de graviditeit vervolgt haar normaal verloop.

Febr. 1900 berichtte collega N. mij hare voorspoedige bevalling.

Geval IV.

Den 20en Februari 1900 word ik geroepen bij Mejuffr. v. d. M. gebr. Sch., oud 38 jaar. In den nacht van 19 op 20 Febr. kreeg patiënt heftige pijn in de ileocoecaalstreek gepaard gaande met braken. Sedert 18 Februari 1900 geen alvus, en in de laatste 24 uur geen flatus. Voor dien tijd zou zij steeds gezond zijn geweest en af en toe alleen aan constipatie geleden hebben. Zij heeft ééne dochter van 12 jaar. Na dien tijd is zij nooit weer gravida geweest. De menses waren steeds geregeld, duurden drie dagen zonder abnorme bezwaren.

Pat. ziet er zeer lijdend uit; pols 120, klein, spanning en vulling gering; tong droog, beslagen. Temp. 39°.2. Borstorganen goed.

De ileocoecaalstreek is sterk uitgezet en zeer pijnlijk bij palpatie; ter plaatse van de uitzetting wordt een weerstand gevoeld, die door de pijnlijkheid van de palpatie niet nader te definieeren is; op dien grond wordt van een gecombineerd onderzoek ook afgezien. Het vermoeden bestond hier dat wij te maken hadden met eene acute appendicitis met het oog op het debuut. Bedrust, ijs op den buik, opium, melk dieet.

De drie volgende dagen bleef de toestand dezelfde. Den 24en spontane defaecatie, koorts afnemende, polsfrequentie verminderd tot 100. Daarna verdwenen de alarmeerende verschijnselen; pat. werd afebriel; voor defaecatie werd met clysmata gezorgd. Alleen de zwelling bleef onveranderd, terwijl de pijn verdween. Nog steeds denkende aan eene infiltratie tengevolge van de appendicitis en bij afwezigheid van fluctuatie terwijl de functies volkomen normaal bleven, liet ik pat. Priesnitz'sche omslagen appliceeren.

Den 12en Maart kon ik zonder veel bezwaar een gecombineerd onderzoek instellen. De tumor leek mij toen grooter te zijn geworden. Per vaginam vond ik toen: portio normaal, doch naar rechts afgeweken. Uterus, niet vergroot, naar links gelegen. Linker adnexa normaal. In den rechter breeden band een kinderhoofd groote, elastisch gespannen, fluctueerende tumor; van rechter tuba en ovarium wordt niets gevoeld. Van een samenhang van dezen tumor met het coecum wordt ook niets waargenomen.

Bij de overweging van eene diagnose komen hier in aanmerking:

1°. Intraligamentaire ovariaalcyste, die door inwendige bloeding en daardoor plotselingen groei aanleiding gegeven heeft tot peritoneale prikkeling of

2°. Een appendicitisch absces doorgebroken in het rechter ligamentum latum. Hiertegen pleit evenwel de koortsvrijheid, de euphorie, de geringe pijn, de normale pols, de gunstige algemeene toestand, terwijl voor

3°. eene parametritis van anderen oorsprong geen enkel verschijnsel of aetiologisch moment aanwezig is.

4°. Pyosalpinx, hiertegen pleit behalve de algemeene gunstige toestand en het ontbreken van een aetiologisch moment, dat een pyosalpinx in den breeden band gelegen met zoo regelmatigen vorm en gladden wand niet wel denkbaar is.

De diagnose wordt nu gesteld op intraligamentair cystoma ovarii dextri, met interne bloeding en als gevolg daarvan de plotselinge groei en de peritoneale prikkeling. Pat. wordt op mijn advies den 17en Maart in de Maria Stichting opgenomen.

Voorbereiding voor laparotomie als gewoonlijk; n. l. herhaalde warme baden, wonderolie, lavementen, Priesnitz'sche omslagen op den buik.

21. III. Laparotomie, chloroformnarcose; 30 gr. chloroform in 40 min. Incisie 12 cM. lang tusschen umbilicus en symphysis pub. in de linea alba. Peritoneum geopend. In rechter ligamentum latum eene cyste. Het ligament wordt aan de voorvlakte horizontaal gekliefd en de cyste stomp met gaasjes daaruit gepeld; eene enkele vastere adhaesie met de schaar gekliefd. De cyste is nu zoover losgepeld dat een dunne steel overblijft, die met bandzijde wordt afgebonden en doorgeknipt en de cyste verwijderd. De wond in het ligament wordt met eene dunne doorloopende hechting van zijde gesloten. Rechter tuba normaal; linker adnexa eveneens. Appendix volkomen normaal. De cyste ging uit van het rechter ovarium. Buiktoilet Buikwond in drie etages gesloten met doorloopende hechtingen met zijde. De cyste wordt geopend; deze blijkt gevuld te zijn met een donkerbruin bloederig vocht. In den wand nog verscheidene haemorrhagieën.

22. III. flatus, euphorie; temp. licht verhoogd 37.7 pols 116, buik niet pijnlijk bij palpatie.

23. III, Na massa's flatus temp. en pols normaal, euphorie.

24. III. Spontane ontlasting; geene klachten.

28. III. Verder verloop ideaal; hechtingen verwijderd, wond p. p. i. genezen.

30. III. Wegens trage ontlasting wonderolie; hierop volgt eene braakbeweging waarbij de kleefpleisterstrooken losspringen en de buiknaad openspringt, zoodat alle intestina naar buiten rollen. De verplegende zuster pakt ze zorgvuldig in met in warme gesteriliseerde zoutsolutie gedrenkte gaascompressen en ik word in allerijl gehaald. Pat. wordt terstond naar de operatiekamer getransporteerd en genarcotiseerd. De intestina worden met steriele physiologische zoutsolutie afgespoeld, gereponeerd en de buikholte gesloten met cijfer 8 hechtingen van zijde; Jodoformgaas, sterielgaas, watten, buikverband.

31. III. flatus. Euphorie. Geene reactie hoegenaamd is hierop gevolgd. Het verder verloop is geheel ongestoord.

9. IV. hechtingen verwijderd; wond p. p. i. genezen.

26. IV met elastieken buikgordel genezen ontslagen.

Geval V.

Mejuffr. R. geb. H., oud 32 jaar, secundipara, is vroeger door mij behandeld voor lymphomata van scrophuleusen aard en anaemische bezwaren.

In het begin van Oct. 1901 zag ik haar weer met typische klachten over ischias links, welke pijnen spoedig verdwenen onder toediening van Salicylas sodae.

Begin Nov. kwam zij weer bij mij met klachten over pijn in de linker lendenen en onderbuik, uitstralende in het linker been. Daar zij juist menstrueerde liet ik haar bedrust houden, zorgen voor goede defaecatie en inwendig Salicylas sodae nemen.

Den 6en Nov., na het einde der menstruatie, biedt zij den volgenden status praesens aan. Mager, scrophuleus vrouwtje; panniculus adiposus slecht ontwikkeld; spierstelsel matig, beenstelsel vrij goed ontwikkeld voor hare grootte. Pols ongeveer 90, frequent, spanning en vulling vrij normaal. Borstorganen bieden geene afwijkingen aan bij physisch onderzoek. De buik is matig uitgezet, doch vrij slap. Bij percussie wordt eene demping gevonden, die van r. spin. sup. ant. onder den navel concaaf naar boven naar de l. spin. ant sup. verloopt. Bij palpatie wordt duidelijk fluctuatie en undulatie golven waargenomen. Bij verandering van ligging op de zijde wordt ook de demping opgeheven, in dien zin, dat bij rechterzij-ligging links tympanitische percussie optreedt.

Er is dus vrij vocht in de buikholte. Verder betasten van den buik leert niets. Bimanueel onderzoek brengt aan het licht dat de uterus normaal is, dat de beide tubae evenwel als verdikte organen te voelen zijn. Rechter ovarium normaal, links is geen ovarium te voelen. De urine is helder, bevat geene abnorme bestanddeelen. Temp. is normaal, hoewel pat. beweert het gevoel te hebben alsof zij aan binnenkoortsen lijdt. Pat. lijdt daarenboven aan habitueele constipatie

Met het oog op het scrophuleuse individu; op het aanwezig zijn van vrij vocht in de buikholte, op de verdikking der tubae, op het aanwezig zijn van habitueele constipatie, op den algemeenen middelmatigen voedingstoestand van patiënte, ligt het voor de hand hier te denken aan eene t. b. c. peritonitis exsudativa. Daar evenwel het geheele genitaalapparaat zeer goed te betasten is en daarbij van een linker ovarium niets hoegenaamd gevoeld wordt, moet ook de mogelijkheid van een linkszijdige ovariaalcyste in het oog worden

gehouden, doch dan moet die cyste zoo slap zijn dat een dergelijke dempingsfiguur ontstaan kan, wat alleen bij ruptuur der cyste denkbaar is en zoo bewegelijk, dat bij veranderde ligging de geheele cyste kan omrollen. De juiste diagnose moet dus hier in suspenso gelaten worden.

Ik stel pat. eene operatie voor en laat haar daartoe in de kliniek opnemen.

Na gewone voorbereiding wordt den 13en Nov. overgegaan tot laparotomie. Chloroformnarcose 19 gram in 31 min. Incisie in de linea alba 12 cM. lang tusschen navel en symphysis pubis. Nadat het peritoneum geopend is, vertoont zich eene cyste, die zich uitstrekt tot aan den umbilicus. De cyste is zoo slap dat die, nadat door betasting de zekerheid verkregen is dat er geene adhaesies zijn, gemakkelijk door de buikwond naar buiten gehaald kan worden, waarbij het vocht in het laagste gedeelte van de cyste zakt, en er een plooi van den cystezak ontstaat die ongeveer $\frac{1}{2}$ van den geheele cystezak vertegenwoordigt. De cyste gaat uit van het linker ovarium, vertoont eene steeldraaiïng van 720° in de richting van de wijzers van een klok. De cyste wordt gedetordeerd, de steel onderbonden met bandzijde en doorgeknipt. De beide tubae zijn sterk verdikt en verkeeren in veneuse hyperaemie; links sterker dan rechts. Rechter ovarium normaal, uterus eveneens. Van t. b. c. peritonitis geen spoor.

De buikwond in drie étages gesloten met doorloopende hechtingen van zijde. Sterielgaas, watten, buikverband. De cyste vertoont in den wand geene bloedingen; ongeveer 1 L. helder barnsteengeel vocht wordt daaaruit ontlast. Geen perforatieopening zichtbaar; verder geene bizonderheden.

15. XI flatus, euphorie.

17. XI wonderolie, waarop flinke defaecatie volgt. De menses treden op, dus 15 dagen na de laatste periode.

20. XI hechtingen verwijderd, wond p. p. i. genezen.

21. XI menses geëindigd.

Behalve constipatie, waarvoor ol. ricini werd toegediend, viel op het verdere verloop niets aan te merken.

11. XII. Met elastieken buikgordel genezen ontslagen.

Over geval I en II behoef ik verder geen woord te verliezen. In geval III frappeert 't dat bij eene vrouw, die vroeger steeds gezond geweest is en nooit menstruatiestoornissen gehad heeft, zich plotseling en in weinige uren onder collapsverschijnselen tijdens de graviditeit eene cyste ontwikkelt van die grootte, dat daardoor de geheele buikholte wordt ingenomen, terwijl de medicus, die zelf

de vorige partus leidde nooit iets abnormaals bij haar gevonden heeft. Merkwaardig is ook in dit geval het feit dat in weerwil van den ernstigen algemeenen toestand, die toch een kleine veertien dagen bestaan heeft, en de psychische emotie, die eene operatie toch steeds vergezelt, de uterus gravidus daarop absoluut niet heeft gereageerd, zoodat de graviditeit haar normaal verloop heeft gehad en pat. à terme voorspoedig beviel.

Waar in geval IV het cystoom uitgegaan is van het rechter ovarium, in welks nabijheid de beruchte proc. vermiformis gevonden wordt, is het verklaarbaar dat met het oog op het debuut der ziekte met pijn in het rechter hypogastrium, misselijkheid, braken, afwezig zijn van flatus en alvus, de hooge temp., de groote polsfrequentie, droge tong, het eerst gedacht moest worden aan de zoo veelvuldig voorkomende appendicitis, en wel te eer daar pat. *wel* steeds leed aan constipatie, terwijl menstruatiestoornissen *nooit* hadden bestaan.

Had ik evenwel pat. eerder bimanueel onderzocht, dan had ik de appendicitis kunnen uitsluiten, en 't verwijt van een te laat ingesteld bimanueel onderzoek dat mij terecht treft, kunnen ontloopen.

Als tegenhanger van dit geval zou ik een ander kunnen stellen, waarbij ik door een collega geconsulteerd werd, die meende dat zijne patiënte een ovariaaltumor had en waarbij ik bij bimanueel onderzoek een appendicitisch absces kon diagnostiseeren en waarbij anamnestisch een zeer lichte, oogenschijnlijk grif en gunstig verloopen perityphlitis kon worden geërueerd.

Ware in mijn geval het cystoom uitgegaan van het linker ovarium en had het zich in den linker breeden band ontwikkeld, dan had het debuut met koorts etc. vreemd moge zijn, en waren de diagnostische moeilijkheid dan ook van anderen aard geweest. Daarenboven leert het verloop van dit geval hoe weinig men zich nog verlaten kan op de hechtmethoden. Zelfs een naad in drie etages zorgvuldig en nauwkeurig aangelegd, kan nog verrassingen baren, terwijl nog de leering valt te trekken uit dit geval, dat het vroegtijdig verwijderen dier hechtingen niet zonder gevaar is.

Over geval V behoef ik verder niet veel te zeggen; de ziektegeschiedenis toont duidelijk genoeg aan, waarom hier in de eerste plaats gedacht kon worden aan eene peritonitis exsudativa t b.c. en eerst in de 2e plaats aan cystoma ovarii. Merkwaardig mag geacht worden het feit, dat bij eene dergelijke steeldraaiïng absoluut geene bloeding in den cystezak plaats had, dat deze zoo slap was dat eene dergelijke dempingsfiguur kon worden gevonden, zonder dat er van perforatie iets kon worden geconstateerd.

TORSIE VAN DEN UTERUS MET ACUTE HAEMATOSALPINX.

DOOR

Dr. R. DE JOSSELIN DE JONG.

Van het hier beschreven geval dat door Dr. Stratz behandeld is en waarvan het histologisch onderzoek door mij is verricht, wordt mij door Dr. Stratz de navolgende historia morbi medegedeeld:

Juffrouw X, 57 jaren oud, nullipara, heeft sedert haar 17e jaar regelmatig en niet abondant gemenstrueerd.

De menstruatie bleef regelmatig en zonder pijn tot aan de menopause die op haar 52e jaar, zonder eenige stoornis, intrad.

Patiënte is steeds gezond geweest, heeft nooit in haar leven een doctor noodig gehad en heeft eerst sedert een jaar een hard beweeglijk langzaam grooter wordend gezwel in den buik gemerkt; daar haar dit evenwel geen last gaf, achtte zij het niet noodig daarover met een medicus te spreken; zij was huishoudster bij een ouden collega die de juistheid van haar mededeelingen bevestigen kon. Den 17den Juni 1901 kreeg zij plotseling hevige pijn in den onderbuik bij het natellen van de wasch. Het gezwel in den buik nam zeer snel in grootte toe. Patiënte gevoelde zich zeer zwak en zag er bleek uit. Daar de pijnen steeds vermeerderden werd den 20en Dr. Stratz in consult geroepen.

Deze vond den volgenden status praesens: „20 Juni 1901, goed gevoede maar zeer anaemische vrouw. De pols is klein maar regelmatig, 64 in de minuut, temperatuur $37^1/_2{}^0$. Het abdomen is sterk opgezet en buitengewoon pijnlijk bij druk. Het hymen semilunare is voor den vinger niet doorgankelijk. Per rectum kan men een klein voor uterus imponeerend orgaan voelen waarop met breeden steel een groote, weinig beweeglijke, tumor zit. Het uitwendig onderzoek leert dat de tumor reikt tot aan de ribbenbogen. De groote pijnlijkheid laat geen nauwkeurig onderzoek toe. De consistentie van de tumor is vrij hard, niet elastisch, te hard voor een ovariaal cyste, te week voor een myoom. Dr. Stratz moest zich vergenoegen met de diagnose van een grooten tumor met steeldraaiïng.

Over den aard van het gezwel kon geen besliste meening uitgesproken worden, maar wegens de grootte er van was een ovariaal

tumor het waarschijnlijkste. Narcotica en ijs werden toegepast, maar daar ondanks dit de toestand den volgenden dag niet beter was werd tot een operatie besloten. Patiënte stemde er in toe hiertoe over te gaan met een uitstel van 3 dagen voor het maken van testament en andere beschikkingen.

In dien tusschentijd werd herhaaldelijk getracht tot een meer positieve diagnose te komen. Het scheen meer en meer alsof de tumor uit twee grootere massa's bestond, maar de groote pijnlijkheid liet geen nauwkeurig onderzoek toe.

Den 23en Juni steeg de temperatuur tot $38^1/_2{}^\circ$, zij bleef verhoogd tot aan den dag der operatie, dat is den 25en d. a. v.

In narcose werd vastgesteld dat een groot, hard en worstvormig gezwel met een breeden steel in het midden op een tweeden, onregelmatig gevormden, maar meer ronden tumor zat, terwijl deze laatste weer van het in de vagina als uterus gevoelde deel door een duidelijke insnoering gescheiden was.

In het cavum Douglasii voelden de deelen van het gezwel week aan, maar hun vorm was niet duidelijk te onderscheiden. In den buik is wat vrij ascites vocht. Behalve het constateeren van steeldraaiïng en peritonitisehe verschijnselen, was ook nu geen positieve diagnose te stellen.

Na het openen van de buikholte onder assistentie van Dr. van der Goot en Dr. Berends, kwam een sereus-haemorrhagische vloeistof naar buiten. Het blauw-roode gezwel lag onmiddellijk tegen den voorsten buikwand aan. Na eventratie er van wat bij zijn langwerpigen vorm met een tamelijk kleine snede gelukte en waarbij eenige fijne adhaesies zonder bloeding gemakkelijk konden losgemaakt worden, bleek dat men te maken had in de 1e plaats met een groot sterk gezwollen myoom dat met een zeer breeden steel op den fundus uteri zat. De fundus had aan zijn naar voren gekeerde zijde nog een noot-groot verkalkt subsereus myoom. Naar beide zijden zag men onder het groote myoom naar buiten toe de adnexa liggen die in blauw-roode gespannen bloedzakken veranderd waren. Onder deze bloedhoudende zakken herkende men aan de plotselinge verdunning van het weefsel de plaats van de steeldraaiïng en werd het duidelijk dat hetgeen per rectum en per vaginam voor den onderzoekenden vinger zich als uterus had voorgedaan, slechts de cervix kon zijn.

De geheele tumormassa werd 180 graden van rechts naar links teruggedraaid; hiermede kwam het verkalkte myoom dus naar achteren te liggen. De linker adnexa die aan de sterkste spanning onderhevig waren, kwam weder naar links, terwijl de rechter achterom van links naar rechts weer op hun plaats kwamen. Men kon nu de plaats

van steeldraaiïng gemakkelijk overzien, deze was zoo dun dat men na 2 ligaturen voor de spermatici en een „ligature en masse" het geheele gezwel zonder bloeding kon amputeeren. Daar het weefsel van de stomp bloedig geïnfiltreerd was en zeer week aanvoelde, werd nog een tabakszaknaad aangelegd.

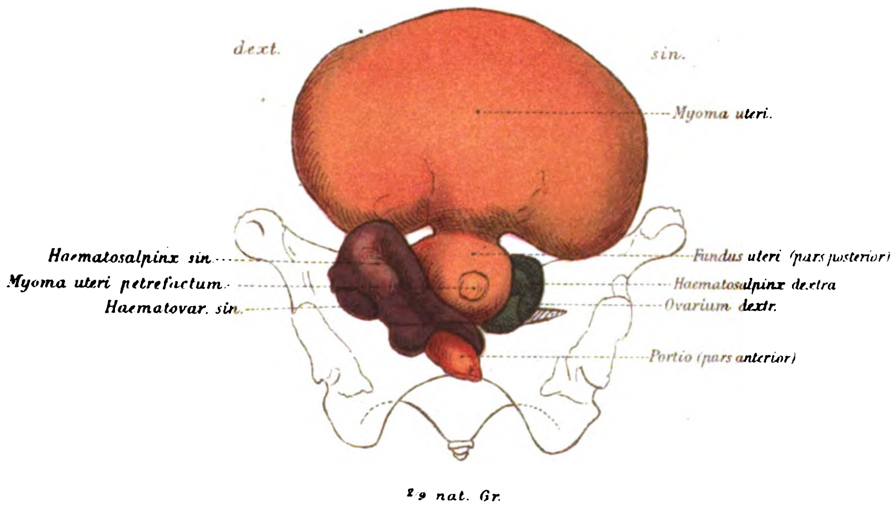
De operatie had 25 minuten geduurd. De temperatuur die op den morgen van de operatie tot 39,2 gestegen was, daalde in den loop van den dag en steeg niet meer boven 37,2. Den 6en Juli werden de draden weggenomen, den 7en Juli stond patiënte voor het eerst op en den 12en verliet zij de kliniek. Sedert dien was zij steeds gezond.

De klinische diagnose luidt dus: „Steeldraaiïng van een myom-„ateusen uterus, ter hoogte van het ostium internum, die in 9 dagen „geleid had tot veneuse hyperaemie en oedeem van alle boven de „steeldraaiïng liggende deelen en waarbij zich in de laatste 3 dagen „verschijnselen van lichte peritonitis met koorts, ascites en lichte „adhaesie gevormd hadden."

De tumor werd mij den 25en Juni 1901 ter onderzoek gezonden. Het gezwel weegt 10000 grammen, heeft in zijn grootste afmeting van rechts naar links een breedte van 30 cM., van boven naar onder 24 cM. De tumor bestaat uit 2 met een breeden steel samenhangende massa's. De bovenste is een solide, min of meer worstvormige tumor met glad spiegelend oppervlak. Over 't algemeen lichtgrijs van kleur met donkere haemorrhagische plekken. Bij doorsnede is dit gedeelte gelijkmatig van consistentie, geelachtig grijs van kleur, met sterk gevulde vaten en duidelijk zichtbare bloeduitstortingen. Het weefsel ziet er bundelvormig en vezelig uit en maakt den indruk nog al vochtrijk te zijn. De onderste massa bestaat uit 3 deelen waarvan het middelste de verbindingsteel met het zooeven beschreven gezwel draagt, het is donkerblauw-rood van kleur en voelt zeer week aan; 5 cM. onder den steel zit daarop een harde ronde tumor, ter grootte van een noot die blijkt te zijn een subsereus verkalkt myoom. Van het middelste deel gaan aan het boveneinde naar rechts zoowel als naar links 3 strengen op de beide zijmassa's over. Daardoor wordt dit middelste gedeelte duidelijk herkenbaar als te zijn het corpus uteri met de daarvan afgaande ligamentum ovarii, ligamentum rotundum en tuba. De adnexa die de beide zijmassa's van het onderste gedeelte van den geheelen tumor vormen bestaan uit groote donkerblauw-roode bloedzakken, de beide tubae. Het rechter ovarium is sterk haemorrhagisch geïnfiltreerd, terwijl het linker sterk gezwollen is maar een licht roode gladde oppervlakte toont Op doorsnede geeft de uterus een zeer eigenaardig beeld. Het spierweefsel is broos, bevat sterk uitgezette bloedvaten, verder



1/3 nat. Gr.



2/9 nat. Gr.

grootere en kleinere donkerzwart gekleurde bloeduitstortingen en herinnert door dezen sterken bloedrijkdom met de daartusschen soms als fijn maaswerk zichtbare spierbundels een weinig aan placentairweefsel.

De tubae zijn met bloedstolsels, die er tamelijk versch uitzien gevuld, de wanden zijn sterk uitgezet, het linker ovarium toont op doorsnede een maaswerk van bindweefsel, opgevuld met bloedstolsels, het rechter ovarium laat op doorsnede nog een paar follikels herkennen, maar bestaat verder uit een aantal grootere en kleinere met bloed sterk opgevulde holten.

Het microscopisch onderzoek toont aan dat stuwingshyperaemie, bloeduitstortingen oedeem de voornaamste veranderingen zijn die in alle weefsels zichtbaar zijn. Het bovenste groote gezwel is een fibromyoom, waarvan de bindweefsel- en spierbundels deels door sterk uitgezette dunwandige bloedvaten, deels door bloeduitstortingen uit elkaar gedrongen zijn. Daarbij is op vele plaatsen een zoo sterk oedeem opgetreden dat het spier- en bindweefsel er als gemacereerd uitziet. Bij zorgvuldig in celloïdine ingesloten stukjes ziet men in de coupes niet alleen kleine spierbundels maar zelfs losse spiercellen vrij in het vocht liggen. Hetzelfde en soms in nog sterker mate is zichtbaar aan het weefsel van den uterus. Van epithelium is in verschillende praeparaten die uitsluitend met het oog daarop vervaardigd zijn, niets gevonden. De beide tubairwanden bestaan uit bindweefsel met moeielijk te herkennen spierweefsel, beide sterk bloedig geïnfiltreerd. Van epithelium is nergens iets te zien. De ovaria geven beide het beeld van sterke interstitieele zoowel als intrafolliculaire bloeduitstortingen met meer of minder uiteenscheuren van het stroma.

Diagnose:

1°. fibromyoma uteri oedematosum et haemorrhagicum,
2°. fibromyoma uteri petrefactum,
3°. haematoma uteri intraparietale,
4°. haematosalpinx duplex, en
5°. haematovarium duplex ex hyperaemia venosa acuta, per torsionem uteri provocata.

Het is interessant dit geval van acute bloeduitstorting in het genitaalapparaat te vergelijken met het vroeger door mij in dit tijdschrift beschreven geval van chronische bloeduitstorting in den tractus genitalis bij atresia vaginae (zie 12en jaargang, blz. 137).

Bij beide bestaat als aetiologisch moment voor de bloeduitstorting veneuze hyperaemie met het ontbreken van ontsteking in het genitaal apparaat. Overigens staan beide lijnrecht tegenover elkaar; ginds bestond een langzaam grooter worden van den tumor gedurende

jaren met periodieke steeds hevig wordende pijnen, maar een betrekkelijk goeden toestand van de krachten der patiënte, hier een plotselinge volumsvermeerdering met hevige, eveneens plotseling optredende pijnen en sterk afnemen van de krachten der patiënte. Ginds is niettegenstaande den jarenlangen duur van het proces, het epithelium bijna overal min of meer goed behouden, hier is het in weinige dagen microscopisch niet meer aan te toonen, ginds was het beeld van een zuiver chronische stuwingshyperaemie, hier dat van de meestdenkbare acute, ginds was in den uterus een sterke bloedophooping met hypertrophie van de muscularis, maar een goed behouden blijven, zij het ook atrophisch worden van de mucosa, hier is een sterke bloeduitstorting in den *uteruswand* met verdwijnen van de mucosa en gedeeltelijke verwoesting van de muscularis.

Het verschil is vrij duidelijk te verklaren, daar ginds een periodieke bloeduitstorting in het lumen van den tractus genitalis plaats had met beletten afvoer, terwijl hier door acute afsnoering eene bloeduitstorting in het weefsel van den tractus genitalis plaats had.

Siegmund Gottschalk acht het evenwel mogelijk dat de haematosalpinx duplex in dit geval reeds vroeger bestaan had en slechts een complicatie van het myoom was.

Prof. Kouwer opperde bij de bespreking van het geval in de vergadering van de gynaecologische vereeniging van December 1901 de mogelijkheid dat de torsie zelf en met haar de haematosalpinx chronisch verloopen was.

Wij kunnen dus vragen:

1°. komt haematosalpinx voor bij myomen,

2°. komt haematosalpinx vóor bij chronische torsie van den uterus,

3°. wanneer beide vragen met ja beantwoord worden, wat is dan hier het geval?

Op vraag 1 geeft o. a. Martin het antwoord dat gezwellen zooals groote myomen en intraligamentair ontwikkelde tumoren door druk of rekking het ostium uterinum der tubae kunnen dicht drukken en aldus haematosalpinx kunnen veroorzaken.

In de handboeken van Veit en Schröder-Hofmeier wordt hier in 't geheel niet over gesproken. In het boven beschreven geval zat het myoom met een steel boven op den fundus uteri en kan dus geen druk op het ostium uterinum der tubae uitgeoefend hebben. Daar kan dus de haematosalpinx niet aan toe te schrijven zijn.

Wat betreft de mogelijkheid van chronische torsie van den uterus, daarover bestaat een publicatie van Semmelink. In een uitvoerig door hem beschreven geval bestonden sedert 22 jaren klachten en hevige pijnen sedert 3 weken. De uterus was 3 × 180 graden om zijn as gedraaid. Microscopisch werden wel veranderingen in het

weefsel van den uterus ovarium en tubae gevonden, die aan langdurige storing in de voeding door chronische stuwing waren toe te schrijven maar haematosalpinx bestond niet, evenmin werd deze gevonden in 4 door hem aangehaalde gevallen uit de litteratuur en 4 gevallen uit de kliniek der Leidsche Universiteit.

In de wanden der tubae werden wel hier en daar kleine bloeduitstortingen gevonden, maar bloed in het lumen der tubae werd niet geconstateerd.

Het bovenbeschreven geval wijkt van de door Semmelink beschreven voorbeelden vooral hierin af dat daar de atrophie door *chronische* stuwing op den voorgrond treedt, terwijl hier acute bloeduitstorting met weefselverscheuring, zonder de verschijnselen van chronische stuwing gevonden wordt. Wij kunnen dus moeielijk anders als den haematosalpinx duplex toeschrijven aan acute steeldraaiïng. Het tamelijk versche aspect van de bloedstolsels in de tubae wijst ook op een bloeding van recenten datum.

De sterke bloeduitstorting in den uteruswand, zoowel als het oedeem er van zijn bij eene dergelijke acute torsie voldoende om het ostium uterinum der tubae af te sluiten, terwijl de hevige bloeduitstorting in den wand der tubae waarbij de mucosa verwoest is en het weefsel van den wand door bloeduitstortingen uit elkaar gedrongen wordt het zeer goed aannemelijk maakt dat in 9 dagen tijds beide tubae in bloedzakken kunnen worden veranderd.

Den Haag, Juni 1902.

VERSLAG VAN HET BEHANDELDE

in de Vergadering van Zondag 11 Mei 1902,

DER

NEDERLANDSCHE GYNAECOLOGISCHE VEREENIGING

TE AMSTERDAM.

Voorzitter: Prof. KOUWER.
Secretaresse: Dr. CATHARINE VAN TUSSENBROEK.

Na 't openen der vergadering deelt de Secretaresse mede dat aan de Gyn. Vereeniging zijn toegezonden een tweetal prospectussen van „Het herstellingsoord voor Ned. Onderwijzers te Lunteren", met een begeleidend schrijven, strekkende om de leden onzer Vereeniging op de gelegenheid om aldaar patiënten te doen opnemen attent te maken.

Vervolgens wordt de toekomstige bergplaats besproken der boeken en tijdschriften, die het eigendom zijn der Ned. Gyn. Vereeniging. Na eenige discussie wordt het aanbod van prof. Treub om voor de jonge boekerij onzer Vereeniging een plaats in te ruimen in de Vrouwenkliniek met dankbaarheid aanvaard. Tevens wordt besloten, dat tot dit doel een Amerikaansche stapelkast zal worden aangeschaft, die in overeenstemming met de benoodigde bergruimte, gemakkelijk kan worden uitgebreid.

De heer Kouwer demonstreert hierop een per laparotomiam geëxtirpeerden carcinomateuzen uterus, die het eigenaardige vertoont, dat nagenoeg het geheele orgaan door carcinoom-weefsel vervangen is. Alleen in den fundus vindt men nog een stukje normaal weefsel.

Hierop wordt de discussie geopend over het Rapport betreffende de eenheid in de obstetrische nomenclatuur, dat in de notulen der vorige vergadering is afgedrukt.

De heer Kouwer maakt de opmerking dat onder de rubriek I (diamètres du Bassin) eerst gesproken wordt van linea terminalis en later van linea ileo-pectinea; hij vindt dit niet in overeenstemming met het doel, dat de Commissie nastreeft, en zou dus gaarne den term linea ileo-pectinea doen vervallen en door linea terminalis vervangen.

De heer Oidtman zegt, dat er onder de chirurgen een vaste nomenclatuur bestaat; hij acht het wenschelijk zich daarbij aan te sluiten.

De heer Samson bevestigt, dat voor eenige jaren te Bazel door de anatomen een nomenclatuur is vastgesteld, waarschijnlijk dezelfde die door de chirurgen wordt gevolgd. Daar het blijkt, dat geen der aanwezigen van die nomenclatuur precies op de hoogte is, wordt besloten dat men zich op de hoogte stellen en bij het bestaande aansluiten zal [1]).

Na eenige discussie over het vervangen van de termen Diameter Diag. Dextra en Diameter Diag. Laeva door Coecale en Rectale schuine afmeting, wordt overeengekomen zich in dit opzicht van amendementen te onthouden. Besloten wordt voor te stellen den term Laeva overàl te vervangen door Sinistra.

De onder III (Présentation ou situation du foetus) voorkomende verdeeling der schedelliggingen geeft aanleiding tot de opmerking, dat hier tusschen kruinligging en achterhoofdsligging geen onderscheid wordt gemaakt. Besloten wordt, de verdeeling der hoofdligging aldus te lezen:

1. Extrémité céphalique comprenant:
   L'occiput et ses variétés,
   Le vertex et ses variétés,
   La face et ses variétés.

Onder *b.* zal de voetligging, als zijnde *geen* lengte-ligging vervallen. Er blijft dus alleen over: Les fesses et leurs variétes.

De dwarsligging wordt dan als volgt:

2. Transverse, comprenant:
   a. les épaules ou les bras,
   b. les pieds,
   c. le tronc.

Onder IV (positon du foetus). Hier zal overal Laeva vervangen worden door Sinistra (S.) Sacrum moet dan worden aangeduid door Sm. en Scapula door Sc.

De hier aangenomen amendementen zullen van wege de Gyn. Vereeniging aan den Secretaris der Commissie voor de eenheid der obstetrische nomenclatuur, prof. Bar te Parijs worden toegezonden.

Hierop wordt de discussie geopend over de voordracht, door Dr. van der Hoeven in de vorige vergadering gehouden.

Dr. de Josselin de Jong merkt op, dat er gewichtige bedenkingen in te brengen zijn tegen de stelling, door Dr. van der Hoeven verdedigd, dat de cel uit haar aard maligne zou zijn. Hansemann, een der eerste autoriteiten op het gebied der maligne nieuwvormigen, is van meening dat een cel, om maligne te worden,

---

[1]) Bij dit onderzoek is gebleken, dat Spalteholz en Foldt schrijven: linea terminalis. Dit is dus de Baseler nomenclatuur.

zeer ingrijpende veranderingen moet ondergaan. Het is een feit dat de cellen van een maligne nieuwvorming zich geheel anders gedragen dan het weefsel waaruit zij zijn ontstaan. De cellen van een levercarcinoom bijv. produceeren geen gal, die van mammacarcinoom geen melk.

Was de stelling van Dr. van der Hoeven juist, dan zou het aantal maligne nieuwvormingen oneindig veel grooter moeten zijn dan het is. Dr. van der Hoeven heeft verder gezegd, dat het epitheel van huis uit sterker is dan het bindweefsel. Spreker meent het tegendeel. Daarvoor zijn verschillende argumenten te geven.

Het oud worden is het overwegen van bindweefsel. Bij infectie van de lever ziet men het bindweefsel hypertrophiëeren ten koste van de levercellen en de cellen der galgangen. Bij de diffuse nephritis zijn het alweer de epitheliën die sterven, het bindweefsel overweegt. Eindelijk heeft Dr. van der Hoeven gezegd, dat bij carcinoom de eerste veranderingen liggen op de grens van epitheel en bindweefsel. Ribbert en Hansemann zijn van een andere meening. Zij meenen, dat de eerste veranderingen in het bindweefsel gevonden worden. Juist bij de naevi komt dit duidelijk voor den dag. Deze worden maligne, wanneer er celvormen in optreden, die deze onderzoekers „tusschencellen" noemen.

Deze tusschencellen zijn bindweefselcellen.

Zulke naevi hebben den typischen vorm van een melanosarcoom. Ribbert noemt ze chromatophoromen. Spreker heeft in de coupes van Dr. van der Hoeven niets kunnen ontdekken, wat diens opvatting van de nieuwvorming als epithelioom bewijst.

De heer van der Hoeven repliceert, dat het meeningsverschil tusschen Dr. de Josselin de Jong en hemzelf berust op den strijd tusschen de oude (Recklinghausen) en de nieuwe opvatting (Unna). Wanneer men den malignen naevus in volwassen staat onderzoekt, dan krijgt men inderdaad den indruk van een melanosarcoom. Heeft men echter het geluk het begin van de maligne verandering onder het mikroskoop te treffen, dan blijkt, dat die veranderingen uitgaan van één of van enkele cellen van het epitheel, die gedrukt en uit hun verband geschoven worden (Judalewitsch).

Wat zijne opvatting betreft, dat de cel van huis uit maligne is, deze heeft hij vooral door de studie der deciduomen gewonnen. Cohnheim neemt voor maligne tumoren aan, dat zij eerst een goedaardig stadium passeeren, en Unna wijst er op, dat dit bij de naevi juist zeer fraai te zien is.

De heer de Josselin de Jong is door de repliek van Dr. van der Hoeven niet overtuigd; laatstgenoemde heeft zijne opmerking

niet weerlegd, dat de maligne nieuwvorming van de tusschencellen zou kunnen uitgaan. Tegen epithelioom pleit, dat er geen parelkogels worden gevonden.

De heer van der Hoeven zegt, dat parels niet karakteristiek zijn voor epithelioom; overigens worden in zijn praeparaten op enkele plaatsen wel degelijk parelkogels gevonden.

Dr. van Tussenbroek heeft tegen de theoretische beschouwingen van Dr. van der Hoeven een bedenking, meer van praktischen dan van wetenschappelijken aard. Dr. van der Hoeven splitst de cellen in 1°. goedaardige, 2°. klinisch goedaardige en mikroskopisch kwaadaardige en 3°. klinisch en mikroskopisch kwaadaardige weefselcellen. Spreekster heeft daar bezwaar tegen, omdat zij vreest dat onze histologische differentiëel-diagnostiek tusschen goedaardige en kwaadaardige weefsels door een dergelijke splitsing in drieën troebel zal worden gemaakt.

Het is ons bij deze differentiëel-diagnostiek te doen, om uit het histologisch onderzoek tot de klinische goed- of kwaardigheid te besluiten. In overeenstemming daarmede hebben wij tot dusverre in een concreet geval het resultaat van ons onderzoek gequalificeerd als goedaardig, kwaadaardig of suspect. Als suspecte gevallen beschouwen wij zulke, waar sommige kenmerken van kwaadaardigheid aanwezig zijn, zonder dat toch het algemeene beeld den stempel draagt van maligniteit; bijv. waar wij een uit zijn aard éénlagig epithelium hier en daar meerlagig vinden, of waar wij de scherpe grens tusschen epitheel en bindweefsel op sommige plaatsen vergeefs zoeken. Zulke gevallen houden wij in het oog, omdat wij meenen, dat wij hier wellicht het overgangsstadium van de goedaardige in de kwaadaardige weefselwoekering voor ons hebben, en dat misschien een onderzoek, in een iets verder ontwikkelingsstadium verricht, de schaal ten gunste van de diagnose „maligne" zal doen overslaan.

Spreekster zou nu gaarne aan Dr. van der Hoeven de vraag willen stellen, of zijn tweede categorie, die van de klinisch goedaardige doch mikroskopisch kwaadaardige weefselwoekering, samenvalt met wat wij tot dusverre *suspecte gevallen* hebben genoemd. Zoo niet, dan zou zij hem willen vragen, waar in zijn systeem de juiste omgrenzing van die suspecte gevallen ligt. In de tweede plaats zou zij Dr. van der Hoeven willen vragen of hij zich bewust is met zijn driedeeling datgene prijs te geven, wat tot dusverre van de histologische differentiëel-diagnostiek der maligne nieuwvormingen het praktisch doelwit is geweest: uit het *histologisch* onderzoek over de *klinische* goed- of kwaadaardigheid een oordeel te vellen.

De heer van der Hoeven komt er tegen op, dat de geïncri-

mineerde splitsing in drieën van hem afkomstig zou zijn. Hij is hierin het voetspoor van anderen gevolgd.

De tweede groep is gekarakteriseerd, doordat de weefsels groeien waar zij niet thuis behooren, zooals men ziet bij den naevus, en bij klierelementen, die binnen den spierwand groeien.

Deze tweede groep komt ongeveer overeen met de groep der suspecte gevallen.

Ook de heer Oidtman heeft tegen de theoretisch geconstrueerde verdeeling van Dr. van der Hoeven een bezwaar, gedeeltelijk van rekenkundigen aard: want voegt men de vier begrippen: *klinische* goed- en kwaadaardigheid en *mikroskopische* goed- en kwaadaardig rekenkunstig samen tot paren van twee, dan krijgt men *vier* en niet *drie* combinaties; er ontbreekt één combinatie: de klinische kwaadaardigheid bij mikroskopische goedaardigheid.

Er bestaan klinisch kwaadaardige blaastumoren die mikroskopisch dood onschuldig zijn. Hier laat het mikroskopisch onderzoek geheel in den steek. Trouwens, aan de *cel* kan men de kwaadaardigheid nooit diagnostiseeren; deze moet blijken uit het weefselverband. Spreker begrijpt niet, hoe Dr. van der Hoeven zich voorstelt, dat hij het begin eener maligne nieuwvorming kan diagnostiseeren, als hij niet „lückenlose Serienschnitte" tot zijn beschikking heeft.

Dr. de Josselin de Jong en Dr. van Tussenbroek sluiten zich bij de uitspraak van Dr. Oidtman aan, dat men de kwaadaardigheid niet aan de enkele cel, zelfs niet aan een groep van cellen kan waarnemen. Het is vaak noodig reeksen van praeparaten te bestudeeren, om zich een oordeel te vormen over de goed- of kwaadaardigheid.

De heer van der Hoeven repliceert, dat ook hij zich daar geheel bij aansluit, en dat hij nooit iets anders heeft beweerd. Wat zijn theoretische beschouwingen over de maligniteit van de cel betreft, is het niet de vraag of hij dit onder het mikroskoop kan zien, maar alléén of de zaak zich op deze wijze kan toedragen.

De heer Treub zegt, dat hij uit het praktisch oogpunt van den klinicus de quaestie aldus beschouwt. Als de patholoog-anatoom op de vraag: goedaardig of kwaadaardig geen positief antwoord geeft, dan hakt hij den knoop door, en haalt het orgaan er uit. Er zijn gevallen, waar het klinische beeld duidelijker spreekt dan het histologisch onderzoek; als de patholoog-anatoom geen oordeel kan hebben moet de klinicus dat hebben.

De heer de Josselin de Jong begrijpt den heer Treub niet, waar deze zich zoo weinig waardeerend uitlaat over de pathologische anatomie. Hij zegt niet, dat hij alle gevallen kan diagnostiseeren, maar verreweg de meeste laten toch een zekere mikroskopische diagnose toe; ook de heer Treub moet wel gevallen hebben ge-

zien, waar na herhaald uitkrabben van den uterus een zekere diagnose kon worden gesteld, als er de eerste maal twijfel bleef bestaan. Er komen ook gevallen voor, waar de klinicus geen reden heeft aan maligne nieuwvorming te denken, en waar het histologisch onderzoek een niet verwachte kwaadaardige nieuwvorming onthult. Een zoodanig geval zal hij aanstonds in zijn mededeeling over sarcomen hebben te vermelden.

Indien iemand, dan behoorde althans de gynaecoloog de medewerking van den patholoog-anatoom te waardeeren.

De heer Treub zegt, dat Dr. de Josselin de Jong hem blijkbaar geheel heeft misverstaan. Hij apprecieert wel degelijk de medewerking von den patholoog-anatoom. Bij hem worden regelmatig de praeparaten, zoo noodig ook vóór de operatie, onderzocht. Er zijn dan drie mogelijkheden. De patholoog-anatoom verklaart het geval voor kwaadaardig; dan is hij daar dankbaar voor, en haalt het orgaan er uit. Of de patholoog-anatoom verklaart het geval voor goedaardig; dan is hij daar ook dankbaar voor en laat het zitten. Het derde geval is, dat de patholoog-anatoom verklaart geen uitspraak te kunnen doen; dan houdt hij het geval voor kwaadaardig, en behandelt het als zoodanig.

Hiermede eindigt de discussie, en verkrijgt Dr. de Josselin de Jong het woord tot het doen zijner mededeeling over sarcoma uteri [1]). Deze mededeeling steunt op het histologisch onderzoek van een achttal gevallen, door spreker in zijn laboratorium verricht.

In een deel der gevallen was de diagnose aan uitgekrabde partikels gesteld, terwijl later, post operationem, de tumor zelf tot onderzoek kwam. Spreker volgt de methode van celloidine-insluiting. Ten onrechte wordt aan deze methode verweten, dat zij te veel tijd in beslag neemt; bij systematisch versnellen van het geheele hardings- en insluitingsprocédé kan men in 2 $\times$ 24 uur tijds volkomen betrouwbare coupes onder 't mikroskoop hebben.

Het eerste praeparaat is afkomstig van een patiënt van Dr. Renssen. De diagnose werd op het onderzoek van uitgekrabde partikels gesteld. Zij luidde voorzichtigheidshalve alléen: maligne tumor. Spreker laat de vraag carcinoom of sarcoom bij uitkrabsels meestal in 't midden. De sarcomen van den uterus zijn gemakkelijk met carcinoom te verwarren; zij hebben, veel meer dan andere sarcomen, een polymorph aspect van de cellen.

August Pettit onderscheidt drie vormen van sarcoomcellen; een van de drie overweegt gewoonlijk in één en denzelfden tumor. Spreker kon hetzelfde constateeren.

---

[1]) Deze mededeeling zal later in extenso worden gepubliceerd.

Bij onderzoek van den uterus, dien spreker later van Dr. Renssen ontving, bleek de tumor een sarcoom van het endometrium te zijn; het woekert om en tusschen de klieren en vertoont een gemengd celtype (zie fig. 1). Er zijn kleine metastasen in de spierlaag.

Het tweede praeparaat, afkomstig van Dr. Aalbertsberg, is een spoelcellensarcoom, hier en daar naderend tot fibrosarcoom, en dus minder kwaadaardig. De tumor gaat uit van het corpus, niet van het slijmvlies. Laatstgenoemde vertoont alleen drukkingverschijnselen; de klieren loopen evenwijdig aan het oppervlak en zijn zeer smal.

Het derde geval, afkomstig van Prof. Veit, is een endothelioom of carcino-sarcoom. Er is veel nekrose in het weefsel, en er bestaat een duidelijke afscheiding tusschen stroma en tumor. Deze tumor is wederom een slijmvliessarcoom. Klinisch vertoonde hij zich als een breed met den uteruswand samenhangenden, in het cavum uitstekenden tumor, die met den vinger werd uitgepeld. Eerst later werd, op indicatie van Prof. Siegenbeek v. Heukelom, die verklaarde dat de tumor er maligne uitzag, de uterus geëxtirpeerd.

Het vierde praeparaat, door Dr. Ribbius gezonden, vertoont histologisch een vrij zeldzaam beeld. Het praeparaat wordt doorkruist door bundels van vaten, omgeven door breede hyaline scheeden. Het is niet, zooals men oppervlakkig zou kunnen meenen, een sclerose van vaten met hyaline degeneratie; het is ook geen amyloid, zooals de kleurreactie bewijst, maar het is een nieuwvorming sui generis, uitgaande van het endothelium der vaten, waarbij de muscularis langzamerhand verdwijnt. Al naarmate de vaten overlangs of dwars getroffen zijn, vertoonen de hyaline bundels zich als langwerpige strengen of ronde nesten, met kernen in 't midden, die soms nog om een klein lumen zijn gerangschikt (zie fig. 2). Het beeld beantwoord geheel aan het cilindroma van Virchow.

Het vijfde geval, een polyp van den uterus, door Dr. de Zwaan geopereerd, is een kleincellig rondcellensarcoom van min of meer alveolairen bouw. De cellen zijn om de vaten, min of meer loodrecht op den wand daarvan, gerangschikt.

Het zesde geval, afkomstig van Dr. Stratz, is een haemangiectatisch fibromyoom met fibrosarcomateuse gedeelten. De spiercellen zelve gaan over in sarcoomcellen. Dit is de meest goedaardige vorm.

De zevende tumor, van Dr. Roosenburg afkomstig, was gediagnostiseerd als myoom. Er is geen curettement verricht. De klinicus, een ervaren gynaecoloog, ried aan het gezwel per vaginam te enucleëeren, met behoud van den uterus. Tijdens de operatie bleek dit onmogelijk, daar de uterus niet naar beneden getrokken

Fig. 1.

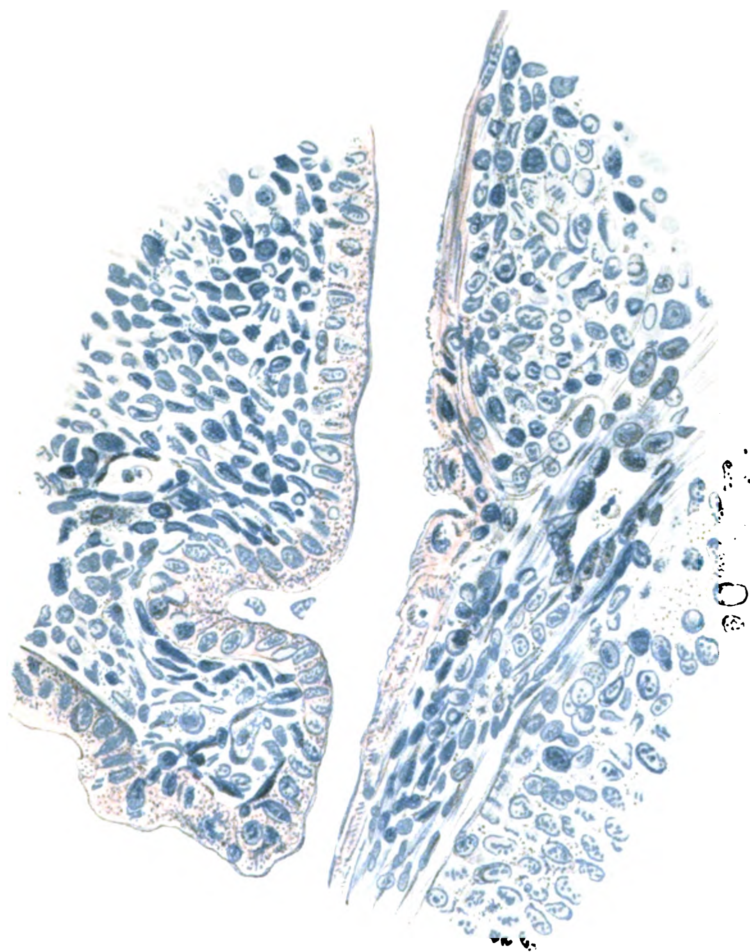
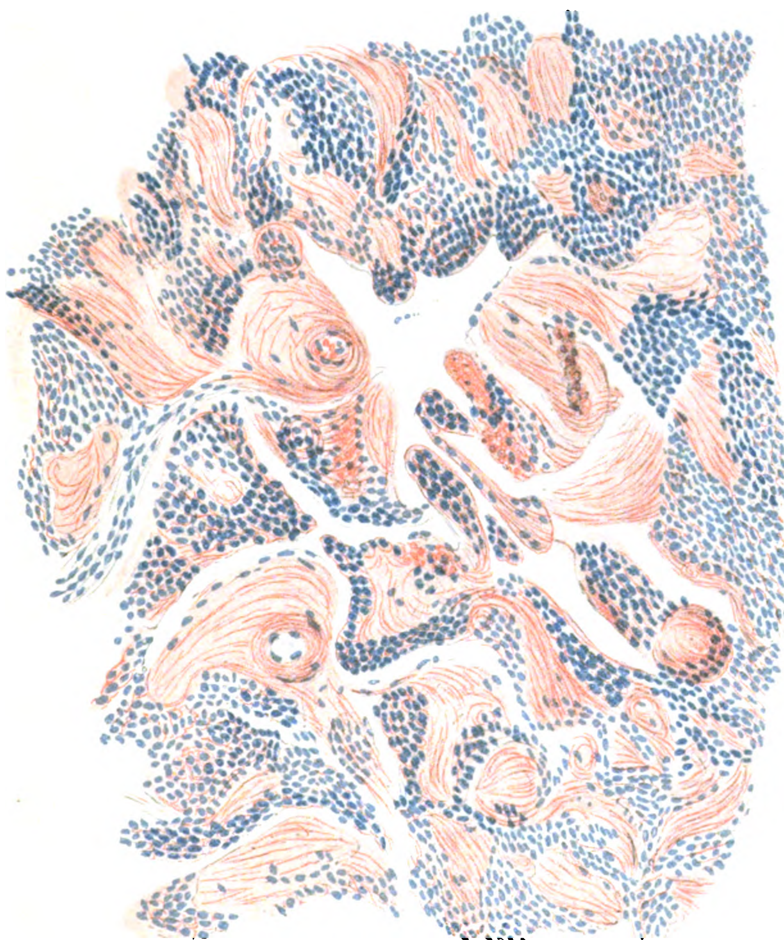


Fig. 2.



kon worden. De operatie werd toen per laparotomiam voleindigd door supravaginale amputatie van den uterus.

Mikroskopisch bleek de tumor een alveolair sarcoom te zijn. Er bestaat een innige samenhang met het bindweefsel, dat er als een uiterst fijn maaswerk doorheen loopt.

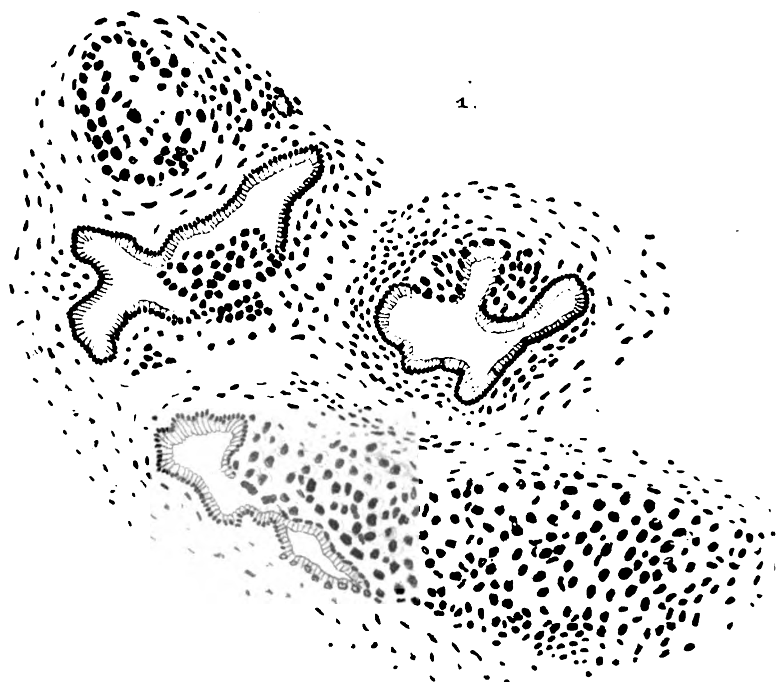
In het achtste geval, van Dr. Maasland afkomstig, werd een sarcoom gediagnostiseerd dat er niet was. De onjuiste diagnose van het curettement is vooral te verklaren uit het ontbreken van klieren en de aanwezigheid van nekrose in het stroma-weefsel. De stromacellen van het endometrium kunnen een beeld geven, dat zeer gelijkt op een kleincellig sarcoom. Ook anderen hebben deze ervaring opgedaan blijkens de litteratuur.

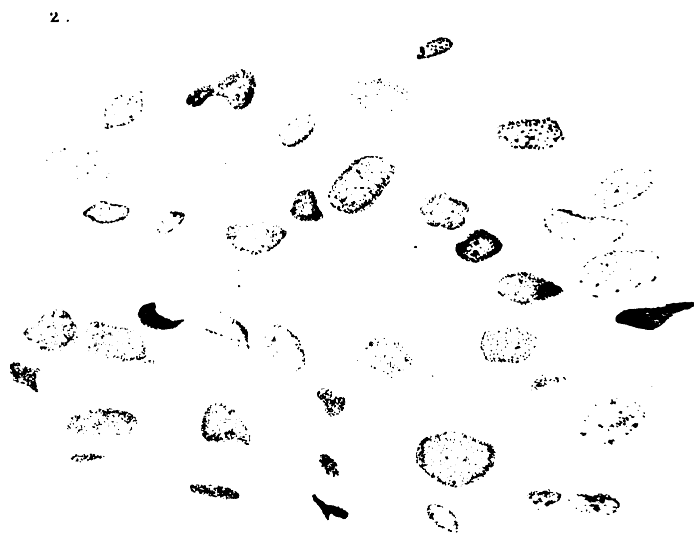
Daar de patiënte een paar dagen nà het currettement succombeerde, kon aan het sectie-praeparaat worden geconstateerd dat er geen tumor uteri bestond. Daarentegen was er rechts en links een hydrosalpinx aanwezig.

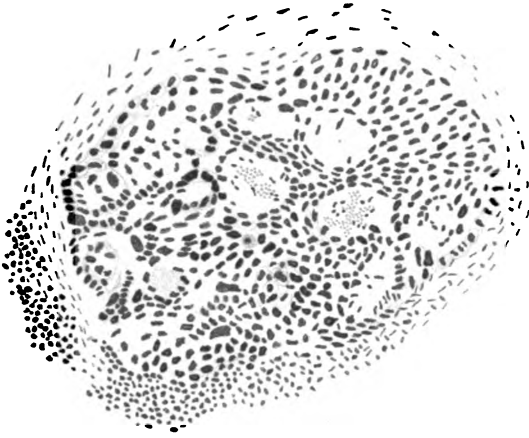
In aansluiting aan deze gevallen, heeft spreker nog eenige algemeene opmerkingen te maken, die hij echter, daar de tijd verstreken is, met de discussie over zijne mededeeling, gaarne voor de October-vergadering wil bewaren.

De Voorzitter sluit zich daarbij aan en brengt den spreker den dank der vergadering voor zijn belangrijke mededeeling. Daarop wordt na een korte gedachtenwisseling besloten dat de slot-vergadering van het Vereenigingsjaar zooals gebruikelijk is zal bestaan in een gemeenschappelijken maaltijd, evenals het vorige jaar te Scheveningen te houden. Met de voorbereidingen belasten zich welwillend de heeren Pompe van Meerdervoort en Stratz.

Hierop wordt de vergadering gesloten.


1.


2.





P. W. M. Trap impr.

ENDOTHELIOMA PORTIONIS VAGINALIS UTERI INTRAVASCULARE.

(Uit het Pathologisch-Anatomisch laboratorium te Groningen.)

DOOR

Dr. E. HUIZINGA.

Den 8sten November 1901 vervoegde zich bij mij mevr. V., 63 jaar oud, met klachten over bloedige afscheiding, die ± sedert een jaar opgetreden, soms met intermissies van ten hoogste acht dagen, tot nu voortduurde. In den laatsten tijd had ze daarbij gekregen het gevoel van verzakking, waarvan ze vroeger in de graviditeiten ook wel last had. Van fluor albus of bijzonderen foetor van de bloederige afscheiding had zij niets bemerkt. Zij was niet mager geworden, verheugde zich in een uitstekende gezondheid en had alleen veel hinder van pijn in de lendenen en af en toe in de linker heupstreek. De menstruatie, die altijd profuus was geweest en gewoonlijk om de 14 dagen optrad, was op 46jarigen leeftijd uitgebleven. Zij heeft 6 kinderen gehad, waarvan het jongste thans 28 jaar is. De puerperia waren steeds afebriel. De mictie was in de laatste maanden frequent geworden, de defaecatie was steeds normaal.

Bij het onderzoek bleek er lichte inversie van den voorsten vaginaalwand te zijn, terwijl uit het ostium externum uteri en uitgaande van de voorlip van de cervix een hazelnootgroote tumor groeide, die, bloemkoolachtig van oppervlakte, bij aanraking de geringe spontane bloeding deed verergeren. De portio vaginalis zelf was, de leeftijd van patiënte in aanmerking genomen, groot en breed en vertoonde aan de voor- en achterlip kleine speldeknopgroote doorschijnende korreltjes, zooals later bleek berustende op gedilateerde cervixklieren (ovula Nabothii). Door den dikken panniculus adiposus kon het corpus uteri, evenmin als de ovaria betast worden.

Vier dagen later verrichtte ik in narcose, waarbij de uterus in anteflexie bleek te liggen en vrij normaal van grootte te zijn, curettement, nam het kort gesteelde tumortje weg en deed een proefexcisie uit de achterste lip. Bij het microscopisch onderzoek bleken alle drie praeparaten pathologische bestanddeelen te bevatten, wier aard de uterusextirpatie wenschelijk maakten. Deze geschiedde dan ook zes dagen na de eerste ingreep, die P. zeer goed had verdragen. De operatie in de Roomsch-Katholieke Ziekenverpleging geschiedde

vaginaal met hemisectie aan de voorzijde en leverde geen technische moeilijkheden. Het rechter ovarium, dat er klein en atrophisch uitzag werd mede verwijderd, het linker kon niet gevoeld worden en is dus blijven zitten. Patiënte heeft de operatie goed verdragen, was steeds zonder koorts en kon 20 dagen later het ziekenhuis met een klein granuleerend wondje in de fornix vaginae verlaten.

Pathologisch onderzoek.

Makroscopisch bood de uterus, behalve de reeds genoemde verdikte portio geen bijzonders aan. Het praeparaat werd in zijn geheel in 5°/₀ formol bewaard, nadat stukjes uit voor- (die de steel van het poliepje trof) en achterlip, uit zijwand en fundus uteri waren genomen voor microscopisch onderzoek. Deze werden na formol-fixatie in alcohol gehard en in celloidine ingesloten. De coupes werden met haemaluin en eosine gekleurd en leverden, wat het corpus uteri betrof, niets abnormaals. In die van de cervix, zoowel van voor- als achterlip, kwamen echter dezelfde pathologische veranderingen voor als in de weefselstukjes door curettement verkregen en in het cervix-poliepje en worden daarom hieronder gezamenlijk beschreven.

Het oppervlakte epithelium is slechts hier en daar behouden, een gevolg van de voor zes dagen plaats gehad hebbende afschaving. Naar buiten toe zien we hier en daar een overblijfseltje meerlagig plaat-, verder naar binnen een onderbroken laag smal cylinderepitheel. De grens tusschen mucosa en spier is bijna overal goed te zien. De cervixklieren zijn talrijk, hier en daar sterk vertakt en zijn bekleed met hoog cylinderepitheel met basaal geplaatste kernen, die loodrecht ten opzichte van de basaalmembraan geplaatst, aldus volkomen het normale beeld van de epitheelbekleeding dezer klierbuizen vertoonen.

Verder naar het ostium externum gaande, treffen wij enkele zeer wijd geworden klierlumina aan, die gedeeltelijk gevuld zijn met een door eosine licht gekleurde homogene massa, waarin enkele afgestooten epitheliën. Van deze klieren zijn de epitheliën lager, bijna kubisch en liggen de kernen maar weinig beneden het midden der cel. Het ligt voor de hand dat deze gedilateerde klieren ontstaan zijn door afsluiting van hun uitlozingsbuizen, een gevolg van druk van buiten uitgeoefend door de hieronder te beschrijven celwoekeringen. Door de fixatie hebben enkele van deze wijde klierbuizen losgelaten van hunne omgeving en lijkt het hier en daar of zij bekleed zijn door een *membrana propria*, met zeer fijne kernen, ware het niet, dat men op enkele plaatsen van een paar dergelijke kernen een dun protoplasma uitloopertje zag gaan naar het omgevende stromaweefsel, dat in meerdere concentrische lagen,

zeer verdicht door den sterken druk, met dezelfde smalle kerntjes het klierlumen omgaf. Tusschen en naast deze gedilateerde klieren ziet men ook enkele sterk gewoekerde, die het omgevende stroma hebben verdrongen, dat nog door hooge, smalle uitsteeksels in het lumen van deze klieren aan dezelve een papillairen bouw geven. Van deze zijn de cellen hoog met basale kernen en vrij van secreet. Het stroma van dit gedeelte is zeer rijk aan ovale kernen; de spierkernen om de dieper gelegen kliereinden zijn eveneens vermeerderd. De bloedvaten zijn hier niet bijzonder op den voorgrond gekomen, zijn matig gevuld en vertoonen evenals het omgevende stroma slechts een enkele leukocyt. Langzamerhand verder naar het ostium externum gaande, vinden wij de in de lengterichting getroffen klieren nog met een eenlagig hoog cylinderepitheel bekleed, doch omgeven door een nog veel dichter stroma, een gevolg van vermeerdering van zijne eigene kernen en door een dicht infiltraat van kleine ronde cellen. De capillairen zijn hier sterk gevuld met roode en witte bloedlichaampjes en komen hierdoor èn ook door hun vermeerderd aantal, zeer op den voorgrond.

Nog iets verder gaande, ziet men plotseling de klierbuizen, die tot dusver het beeld beheerschten, verdwijnen, op enkele kleine overblijfselen na en plaats maken voor ronde, ovale, gelobde en andere onregelmatig gevormde celnesten. Deze liggen voor 't grootste gedeelte in het slijmvlies, doch enkele gaan ook tot in de spierlaag, nog vrij wat dieper dan de klierbuizen, die boven werden beschreven. Het tusschenliggende weefsel is hier nog sterker verdicht, zoowel door vermeerdering van kernen van tunica propria en spierlaag als door infiltratie met meest eenkernige leukocyten, die hier en daar in groote hoopen de celnesten strengvormig omgeven. Het maakt den indruk of in dit gedeelte de klieren door die bovengenoemde celnesten zijn vervangen en inderdaad is dit voor een deel ook zoo, want met ziet nog enkele grootere en kleinere klierbuizen, wier lumen voor een grooter of kleiner gedeelte door de gewoekerde cellen is ingenomen (fig. 1 L. Oc. 1 Obj. 3). Aldus zien we op doorsnede de grilligste kliervormen, ontstaan door het inbreken van deze tumorcellen in de klierbuizen en deze in verschillende afdeelingen verdeelende, maar nog duidelijk hun karakter verradend. Van deze tot de reeds bovengenoemde geheel massieve celhoopen, die in geen enkel opzicht aan klierbuizen doen denken en daarvan dan ook voor een deel geheel onafhankelijk zijn, bestaan allerlei overgangen.

Dat deze beelden niet verklaard moeten worden door woekering van het epithelium der klierbuizen, dat wij dus niet de aanwezigheid van een adeno-carcinoom mogen aannemen, wordt bewezen

door het feit, dat daar, waar de invasie nog in den aanvang is, een laag klierepitheel, zij het atrophisch, de binnendringers bedekt en dat we in enkele coupes duidelijk die cellen van uit de omgeving in het lumen zien binnenstralen. Hier vinden zij een vrije ruimte, kunnen zich alzoo gemakkelijk en spoedig uitbreiden en geven aan deze door diffusen groei een afgeronden vorm. Ook ziet men nergens, dat het klierepitheel meerlagig of kubisch of polymorph geworden is, zaken, die eventueel alle voor een „ter plaatse" ontstaan zouden spreken.

Het *ingroeien van een carcinoom* in de klierbuizen (hetzij uitgegaan van portio vaginalis of cervix uteri), waardoor beelden, als boven beschreven, ontstaan, is door verschillende onderzoekers waargenomen, en naar ik vermeen, het eerst door Amann beschreven. Hetzelfde zou men van ieder kwaadaardig gezwel kunnen verwachten en zal mettertijd ook wel bij sarcomen waargenomen worden. In zooverre levert het onderhavige geval dus niet veel bijzonders, maar het ontleent dit aan zijnen fijneren histiologischen bouw.

Zooals gezegd treden niet alle celalveolen in genoemd verband met praeëxisteerende klierbuizen, want men ziet er vele, die smal beginnend, langzamerhand zich verbreeden, ten slotte ook den ovalen of ronden vorm aannemen.

Het begin van deze smalle celstrengen laat zich dikwijls moeilijk bepalen door de morphologische overeenkomst van enkele gedeelten der tumorcellen met die van de omgeving en doordat dikwijls geen scherpe of in 't geheel geen grens tusschen beide weefsels aanwezig is. Hier hebben de tumorcellen zich diffuus in de omgeving uitgebreid, zonder dat er van een geteekenden rand der alveolen of wat daarvoor aangezien kan worden, sprake is. Aan deze celgroepen kan men niets herkennen van klierweefsel en zij hebben ook nooit daarmee te maken gehad, zooals uit hetgeen volgt nog zal blijken. Het stroma tusschen enkele alveolen is door groei van deze laatsten hier en daar zeer smal geworden, soms geheel verdwenen, zoodat twee of meer nesten tot een grootere zijn samengesmolten, als teeken waarvan men op de vergroeiingsplaats nog dikwijls een min of meer diepe insnoering ziet.

De *cellen* dan van den tumor vertoonen als hoofdtype den ovalen vorm van kern in allerlei grootte: van zeer kleine tot zeer groote. Het protoplasma is over 't geheel maar zwak gekleurd, terwijl de celgrenzen meestal niet duidelijk te zien zijn, behalve bij de grootere, epitheloïde er uitziende cellen, wier celmembraam terstond in 't oog springt. Van deze is de kern blaasvormig geworden, met een of meer nucleoli, en het groote cellijf nog zwakker gekleurd dan van de kleinere cellen. Op plaatsen, waar zij ruim liggen, niet gedron-

gen worden, kan men hen van plavei-carcinoomcellen haast niet onderscheiden met hun zes of achthoekigen vorm en groote blaasvormige kernen (fig. II Leitz Oc. 1 Obj. 8). Tusschen de kleine ovale, die veel gelijken op spoelvormige sarcoomcellen en de groote epitheloïde bestaan alle mogelijke overgangen.

Als bewijs van levendigen groei zien wij vele karyokinesen, in ieder gezichtsveld bij vergrooting van 300 maal, plus minus tien.

Het meest interessante van de celhoopen is echter, dat wij in bijna alle vinden een of meer overlangsche, schuine of dwarse doorsneden van een bloedvat, dat meer of minder met erythrocyten gevuld en wiens wand door de beschreven tumorcellen gevormd wordt (fig. III). De eerste twee à drie rijen kernen hebben meestal een radiairen stand ten opzichte van het vat, terwijl men slechts op weinige plaatsen nog een smal kerntje parallel aan de as van het vat ziet verloopen, blijkbaar een overblijfsel van de oorspronkelijke endotheliën. Naar buiten van de radiair geplaatste cellen worden de kernen dan van lieverlede grooter, en liggen daar onregelmatig in alle richtingen, nu eens dichter, dan weer holler, naast en op elkaar. Zeer mooi ziet men in enkele praeparaten de gewoekerde endotheelcellen zich in het lumen uitbreiden, zoodat dit er bijna geheel mee is gevuld en weinig ruimte voor de bloedlichaampjes overblijft. Dikwijls is het beeld aldus: om eenige samengebakken erythrocyten ziet men een door eosine homogene, diffuus rood gekleurde, soms vrij dikke laag, waarin hier en daar nog enkele kernfragmenten en daaromheen de tumorcellen. Blijkbaar is de vaatwand hier hyaline gedegenereerd en verdient de tumorvorming den naam van *cylindroom*. Een andermaal is van den wand van de capillaria slechts een dun, structuurloos, rood gekleurd zoompje overgebleven, dat men dan plotseling ergens door de woekerende endotheelcellen ziet doorbroken, die aldus na alle barrières te hebben overwonnen, zich vrij naar buiten kunnen uitbreiden. Overal ziet men duidelijk de overgangen van de nog enkele, niet gewoekerde endotheliën tot de grootere tumorcellen en nergens ziet men verschil, noch in bouw, noch in grootte van de cellen in of buiten het lumen gelegen. Zeer duidelijk ziet men het ontstaan der celwoekering der endotheliën in fig. IV (Oc. 1 Obj. 3), die een iets uitgezet in de lengterichting getroffen capillair voorstelt, waarvan het bovenste gedeelte met normaal endotheel is bekleed, dat naar beneden eerst in een eenlagig, later in een meerlagig donker gekleurd, gewoekerd bekleedsel is veranderd.

Bij zwakke vergrooting meent men op enkele plaatsen in een alveolus een reuscel te zien, die zich bij sterke vergrooting echter ontpopt als te zijn een dwarse doorsnede van een haarvat met

enkele roode bloedcellen, omgeven door een breeden, hyalinen wand, waarin en waartegen dan aan ééne zijde een hoop dicht naast elkaar gelegen kernen voorkomen.

Ligt in al het voorgaande het bewijs, dat de celgroepen niet zijn ontstaan door woekering van de klierepitheliën, maar *van de endotheelcellen der kleine bloedvaten*, nog gemakkelijker kan men aantoonen, dat zij ook niet ontstaan zijn door woekering van het oppervlakte-epitheel van portio of cervixslijmvlies, wijl dit, voor zoover voorhanden, nergens woekering vertoont, nergens in de diepte dringt, zoodat de celnesten dan ook nooit de oppervlakte raken, maar steeds op eenigen afstand daarvan blijven, uitgezonderd op een enkele plaats, waar de alveole door de scherpe curette is opengehaald. Ook mist men het karakteristieke beeld van het portio cancroïde met zijne epitheelinstulpingen en parelvorming, noch ziet men in een der praeparaten vettige degeneratie of colloïde verweeking, hetgeen toch bij cellen van epitheliale herkomst zoo licht voorkomt. Integendeel maken de alveolen overal den indruk van in het centrum het beste gevoed, het meest actief te zijn, terwijl naar buiten toe de energie langzamerhand afneemt.

Wat ten slotte *den wand der alveole* betreft, ik meen dat wij hier te doen hebben met de uitgezette klierwanden (waar de woekering in de klieren is doorgebroken), òf met eenvoudig verdicht stromaweefsel, dat door den vreemden prikkel in woekering is geraakt en door de groeiende alveole is samengedrukt.

Dat de tumor ontstaan zou zijn door woekering van de peritheliën, d. z. de bekleedingscellen van de lymphscheden der vaten, wordt zeker te niet gedaan door het feit, dat wij de endotheliën der bloedvaten zelf grootelijks verdwenen zien en vervangen door de naar binnen en buiten gewoekerde beschreven celvormen.

Resumeerende hebben wij dus te doen met een nieuwvorming der portio vaginalis uteri, die gedeeltelijk in den vorm van celhaarden, gedeeltelijk diffuus in den vorm van sarcoom is opgetreden, en die haar uitgang heeft genomen van de endotheelcellen der bloedvaten van de tunica propria mucosae cervicis uteri en voor een klein gedeelte misschien ook nog van die der muscularis.

Aangezien dergelijke *intravasculaire endotheliomen* (in tegenstelling met peritheliomen) over 't geheel zeer zeldzaam zijn, en voor zoover ik kon nagaan van den uterus nog in 't geheel niet zijn beschreven (wel 6 à 7 gevallen van endothelioma lymphaticum), meende ik dit geval te mogen mededeelen.

Waarschijnlijk zullen er in toekomst, nu alle wegens nieuwvorming geëxtirpeerde uteri histologisch worden onderzocht, wel meer gevallen van deze eigenaardige tumoren gepubliceerd worden, die

eensdeels, nl. morphologisch, veel gelijken op carcinomen, andersdeels, nl. histiogenetisch, tot voor korten tijd [1]) beschreven zijn als dichter bij de sarcomen te staan, toch genoeg van beide afwijkende verschillen aantoonen, om afzonderlijk geklassificeerd te worden.

Den naam endothelioma intravasculare heb ik overgenomen van enkele pathologen, die in den laatsten tijd de onder verschillende namen beschreven tumoren, afkomende van endotheelcellen, hebben geordend en verdeeld in twee groote groepen, nl.

1e. in die tumoren, welke ontstaan zijn door woekering van de endotheliën der bloedvaten, de *endotheliomata intravascularia*,

2e. in zulke, welke door proliferatie der endotheliën van het lymphvatsysteem (sapspleten, lymphvaten, perivasculaire lymphruimten) ontstaan zijn, de *endotheliomata lymphatica.*

Wat de *prognose* betreft van de endotheliomen, deze wordt algemeen als slechter aangegeven dan van carcinomen of sarcomen, wijl zeer vroeg infectie van de lymphklieren zou volgen en van hieruit natuurlijk recidief en verdere metastasen na de operatie. Het spreekt van zelf, dat bij de endotheliomen, die uitgaan van de bloedvaten zelf, eerder metastasen te wachten zijn in long, hersenen, lever, darm of nieren. Thans, 12 maanden post operationem, bevindt mijne patiënte zich zeer goed, heeft een gezond uiterlijk, gevoelt zich veel beter dan voor de operatie, is totaal bevrijd van buikpijnen en van het verzwakkingsgevoel en vertoont noch in het litteeken, noch ergens anders een spoor van recidief of metastase.

[1]) In den allerlaatsten tijd gaan er steeds meer stemmen op, die het endotheel embryologisch identificeeren met het epitheel.

EEN GEVAL VAN DERMOID-CARCINOOM VAN HET OVARIUM,

DOOR

N. J. F. POMPE VAN MEERDERVOORT,
te 's Gravenhage.

De maligne degeneratie van een dermoidcyste behoort tot de groote zeldzaamheden, indien de kwaadaardige aandoening van het dermoid zelve uitgaat. In de litteratuur vindt men verscheidene gevallen vermeld, die of niet nauwkeurig genoeg beschreven zijn geworden of waaromtrent niet met zekerheid kan beslist worden van welke bestanddeelen van den tumor de maligne degeneratie haar oorsprong heeft genomen. Gewoonlijk vindt men macroscopisch bij een dermoidcyste nog een gedeelte van het gezonde ovarium terug; slechts zelden wordt het geheele orgaan door tumorweefsel vervangen.

Indien nu dat gedeelte van het gezonde ovarium maligne degenereert en de nieuwvorming later op den wand der cyste overgrijpt, dan hebben wij niet met een dermoid-carcinoom doch slechts met een complicatie van een dermoidcyste en een carcinoom van het ovarium te maken.

Is het dermoid gecombineerd met een uniloculaire of multiloculaire cyste, wat men in het meerendeel der gevallen vindt, dan is de mogelijkheid gegeven, dat een kwaardaardige ontaarding uitgaat van den wand van deze cyste. In dat geval heeft men met een carcinomateuse dermoidcyste te doen. Alleen dan wanneer het dermoid zelve, dat men meestal als een circumscripte of meer vlakke verhevenheid in den wand der cyste vindt, het uitgangspunt van het neoplasma is, mag men van een dermoid-carcinoom spreken.

En die gevallen zijn uiterst zeldzaam.

Het is begrijpelijk, dat, indien de aandoening reeds ver is voortgeschreden alleen een nauwkeurig microscopisch onderzoek ons iets nader omtrent de plaats van oorsprong van het carcinoom kan inlichten. Inoperabele gevallen en dermoidcysten, waar macroscopisch geen afwijkingen te vinden zijn, die een maligne degeneratie doen vermoeden, blijven gewoonlijk buiten nadere beschouwing. Werden alle dermoidcysten microscopisch onderzocht, dan zou men

wellicht meerdere gelegenheid hebben het begin eener atypische epitheelwoekering nader te bestudeeren.

In de litteratuur zijn slechts enkele gevallen van dermoid-carcinoom van het ovarium bekend. Het volgende werd door mij waargenomen.

Mej. N. is 36 jaar oud, ongehuwd. Op haar elfde jaar menstrueerde zij voor het eerst. De periode was altijd geregeld, duurde 3 à 4 dagen, ging met matig veel bloedverlies gepaard en verliep steeds zonder pijn. Nu en dan klaagt zij over pijn in den onderbuik, welke pijn soms in de beide bovenbeenen uitstraalt. Haar voornaamste klacht bestaat in een telkens terugkeerenden aandrang tot urineeren. Gewoonlijk gevoelt zij daartoe elk uur behoefte en 's nachts is zij genoodzaakt om het anderhalve uur het bed te verlaten. Van den kant van het urogenitaal-apparaat bestaat overigens geen enkele stoornis. De defaecatie is wat traag; alle overige functies zijn normaal.

Toen door den huisarts een tumor in abdomine werd geconstateerd, verzocht hij mij patiënte met hem in narkose te onderzoeken.

Bij de gezonde patiënte kon men een circa kinderhoofdgrooten bolronden, bewegelijken tumor in abdomine voelen welke, mediaan gelegen, boven de symphysis promineerde. De tumor was zoowel naar boven als naar rechts en links gemakkelijk te begrenzen en verdween voor een klein gedeelte in het kleine bekken. De overige buikorganen vertoonden geen afwijkingen. Bij het inwendig onderzoek bleek de uterus in retroversie te liggen. Op den voorkant en den fundus van den uterus ballotteerde als het ware het bimanueel gemakkelijk te omvatten, reeds uitwendig voelbare gezwel.

Het lag dus bij ontledigde blaas in het cavum vesico-uterinum. Hier en daar had de tumor een vrij harde consistentie, op andere plaatsen kreeg men den indruk van fluctuatie. Zeer duidelijk viel waar te nemen, dat de tumor het vergroote rechter ovarium was en in direkte verbinding stond met den rechter uterushoorn. Het resultaat van het onderzoek verkaarde de klachten van de patiënte volkomen. Het onderzoek der urine leverde niets positiefs op; er kon geen enkel pathologisch bestanddeel gevonden worden.

Laparotomie. Incisie in de linea alba. Na opening van de buikholte komt een cysteuse tumor voor den dag boven op den fundus van de blaas gelegen.

De tumor is met geen enkele adhaesie noch aan den uterus, noch aan de blaas, noch aan de overige omgeving verbonden. De steel, waarmede hij met den rechter uterushoorn verbonden was,

was zeer dun, niet geïnfiltreerd. Nadat een onderbindingsnaald met een dubbele zijden ligatuur bewapend door den steel gevoerd was, werden de beide einden van den draad toegeknoopt en kon de tumor met ongeveer een derde gedeelte van de tuba verwijderd worden. Na inspectie van het andere ovarium, dat niet vergroot was en geen enkele pathologische verandering vertoonde, werd de wond gesloten.

Patiënte ontwaakte goed uit de narkose, braakte weinig. Den volgenden dag kon zij zonder hulp urineeren en bevond zich zeer wel; temperatuur 37°, pols 88. Den tweeden dag na de operatie kwamen op een glycerinelavement eenige flatus. Den tienden dag bleek de buikwond p. p. i. genezen te zijn. De temperatuur bleef normaal,. de polsfrequentie was gedurende het verdere verloop steeds ongeveer 80 slagen. Hare klachten waren op eens geheel verdwenen; van af den derden dag na de operatie bleef zij van elken aandrang tot urineloozing bevrijd en urineerde drie à viermaal per dag; slechts hoogst zelden eenmaal 's nachts. Zoowel het wondverloop als het succes der operatie was dus in alle opzichten bevredigend. Hoewel ik haar drie weken na de operatie toestond het Diaconessenhuis te verlaten, bleef zij aldaar voor volledig herstel een week langer.

Acht dagen na haar thuiskomst, nam zij haar huiselijke bezigheden weer ter hand. Van dit oogenblik af aan keerden de bezwaren langzamerhand terug met dezelfde hardnekkigheid als vroeger. Een frequente aandrang tot urineeren was ook nu haar eenige klacht. De eenige oorzaak, die ik hiervoor kon vermoeden was een ettering van een ligatuur van den stomp, waarbij de draad op weg was den blaaswand te perforeeren. Bij het onderzoek der urine werd nu steeds een kleine hoeveelheid eiwit gevonden. Tegen hare klachten werd haar Wildunger water voorgeschreven en werd de blaas met boorwater geïrrigeerd. Toen dit voor de tweede maal geschiedde, kwamen bij het invoeren van den metalen katheter eenige druppels zuiver bloed te voorschijn. Om die reden werd de behandeling gestaakt. Bij het daaropvolgend cystoscopisch onderzoek door een mijner collega's werden op twee plaatsen een groot aantal papillomen van het blaasslijmvlies uitgaande waargenomen. Voordat patiënte zich onder behandeling stelde om de papillomen te laten verwijderen, consulteerde zij een anderen collega buiten de stad. Volgens bericht werd de blaas vol papillomen gevonden en werd patiënte aangeraden zich daarvoor te laten opereeren. De daarop geraadpleegde chirurg vond na opening van de buikholte ter hoogte van de blaas een brokkelige massa, welke door vergroeiing met de omliggende darmen zich als een inoperabele tumor voordeed. De

buik werd zonder verdere behandeling gesloten en patiënte succombeerde twee dagen na de operatie.

Hoewel de tumor mij in geen enkel opzicht als een van kwaadaardigen aard had toegeschenen, moest ik toch uit het verdere verloop der ziekte besluiten, dat in de dermoidcyste de oorzaak van den recidiveerenden tumor moest gezocht worden.

Het onderzoek van den ovariaaltumor leverde het volgende resultaat op.

De kinderhoofdgroote tumor bleek bij opening na de operatie met huidsmeer en haren gevuld te zijn. Het in alkohol geharde praeparaat is, wat den vorm aangaat, het best te vergelijken met een placenta en hare vliezen; de placenta stelt daarbij een circa handpalmgroote biconvexe verdikking in den cystewand voor. De grootste dikteafmeting van dit gedeelte, van het eigenlijke dermoid, bedraagt op doorsnede circa 2 c.M. Aan den buitenkant der cyste valt niets bijzonders waar te nemen, aan de binnenzijde vertoont de eigenlijke cystewand vele plooien en duidelijke overblijfselen van vroeger aanwezige septa. Op meerdere plaatsen ziet men geelbruine vlekken van verschillende grootte en enkele onregelmatig gevormde verhevenheden.

De plaats der wandverdikking, het eigenlijke dermoid heeft een min of meer ruw oppervlak. Hier en daar ziet men vrij scherp omschreven bruingele onregelmatig begrensde vlekken over het oppervlak verspreid liggen. Op andere plaatsen is het oppervlak zeer ruw en vertoont het het beeld wat wij op de voor-bovenvlakte van de tong te zien krijgen, als de papillen als kleine spitse verhevenheden boven het niveau uitsteken (Haarzunge).

Op doorsnede vertoont het weefsel van het dermoid een aantal witte strengen die met elkaar anastomoseeren en meerdere kleine holten begrenzen. Deze holten zijn met dezelfde pappige massa als de dermoidcyste gevuld. Voor het microscopisch onderzoek werden stukjes uit den cystewand en uit het dermoid genomen. Met het oog op het verschillend aspect van het oppervlak van het eigenlijke dermoid werd dit gedeelte op meerdere plaatsen onderzocht.

Microscopische beschrijving der praeparaten uit den cystewand verkregen.

Aan de binnenzijde wordt het oppervlak gevormd door een gegolfde lijn, welke hier en daar kleine en groote inhammen vertoont. Voor het grootste gedeelte is het oppervlak zonder eenige epitheelbedekking en treft men als bovenste laag van den wand een smal strookje kernloos, hyaline weefsel aan.

Daar waar het oppervlak kleine inhammen vertoont ziet men een of meerdere plaatepitheliën tegen den wand aanliggen; waar het

oppervlak groote inhammen vormt, ontmoet men een krachtig ontwikkeld, meerlagig plaatepitheel, zooals men dit bij de epidermis waarneemt. Duidelijke papillen vormt deze laag in het onderliggend weefsel niet.

Ook hier wordt de epitheellaag door een hyaline weefselstrook van het overige gedeelte van den cystewand gescheiden. Terwijl over groote afstanden de grens tusschen het plaveiselepitheel en het hyaline weefsel behouden blijft, dringen op enkele plaatsen de epitheliën bij enkele cellen tegelijk door spleten in de hyalinemassa, om zich verderop in het weefsel in grooter aantal in breeder weefsellacunen te verzamelen.

Daar waar het plaveiselepitheel aan de oppervlakte krachtig vertegenwoordigd is en de inhammen tot ver in den cystewand reiken, is de laatste naar evenredigheid aan dikte afgenomen.

Waar op korten afstand twee groote met epitheel bekleede inhammen aanwezig zijn, verheft het daartusschen liggend, kernloos weefsel zich ver boven de oppervlakte van den wand. In het lumen treft men op de epitheellaag niet zelden groote kernlooze massa's aan, welke uit verhoornde cellen opgebouwd zijn. Hoewel de epitheelgrens slechts op enkele plaatsen overschreden wordt, vertoonen de epitheliale elementen duidelijke verschijnselen van maligniteit. De cellen zoowel als hun kernen, onderling zeer verschillend van grootte, liggen op sommige plaatsen zonder orde door elkaar en kleuren zich nu eens zeer zwak dan weer zeer krachtig met haematoxyline. Zij vertoonen een groot aantal karyokinetische figuren.

Het weefsel dat op de hyalinelaag volgt bevat veel leukocyten en enkele epitheelcellen. De derde laag, welke niet scherp van de vorige is gescheiden, is minder arm aan kernen. Enkele kernen, n. l. die welke evenwijdig aan het oppervlak verloopen, zijn afkomstig van bindweefselcellen, andere representeeren leukocyten die òf verspreid in het weefsel, òf rondom krachtig ontwikkelde arteriëele vaten liggen. Daar waar plaveiselepitheel den cystewand bekleedt, is het aantal leukocyten veel aanzienlijker dan op andere plaatsen. De buitenste laag van den cystewand is zeer vaatrijk.

De reeds macroscopisch zichtbare geelbruine vlekken van verschillende grootte, welke op den binnenwand der cyste verspreid liggen, blijken aldus te bestaan uit plaveiselepitheel, dat duidelijke teekenen van maligniteit vertoont.

Op die plaatsen van het dermoid waar het oppervlak een geelbruine kleur vertoont, blijkt drie of meerlagig plaveiselepitheel te liggen. De grens met het daaronder liggend hyaline weefsel is scherp

en vormt bijna overal een rechte lijn; slechts hier en daar is deze iets gegolfd, en bestaat eenige neiging tot vorming van papillen. Evenwijdig met het oppervlak ziet men in het hyaline, door eosine sterk gekleurde weefsel spleetvormige ruimten, die zich af en toe tot holten van verschillende grootte verwijden. Deze holten, welke met elkaar communiceeren, vormen aldus een netwerk, waarvan de mazen een zeer uiteenloopende grootte bezitten en waarvan het steunweefsel uit smalle of breede strooken hyaline weefsel bestaat. Hier en daar treft men in het kernlooze weefsel leukocyten aan.

Terwijl de smalle weefselspleten door een enkele rij epitheelcellen opgevuld worden, ziet men den wand der verschillende holten met een meerlagig plaveiselepitheel bekleed en wel zoodanig, dat die cellen, welken tegen den wand aanliggen, overeenkomen met die van het rete Malphigii van de normale epidermis, terwijl zij die meer naar het lumen van de holte gekeerd zijn meer afgeplat worden, een platten kern verkrijgen, kortom die eigenschappen aannemen die men in de bovenste cellenlaag van de normale huid waarneemt. Het aantal lagen loopt zeer uiteen; sommige holten vertoonen slechts twee of drie rijen epitheelcellen, anderen worden bijna geheel door deze elementen opgevuld. Dit laatste is echter uitzondering. Meestal blijft nog een grooter of kleiner lumen bestaan dat ingenomen wordt door een door haematoxyline roodblauw gekleurde massa, waarin vrij duidelijke kernresten te onderscheiden zijn. De holten gevuld met celdetritus zijn reeds bij bezichtiging met het bloote oog waar te nemen; de septa die de lumina scheiden en macroscopisch wit-glanzend van kleur zijn, blijken microscopisch door hyaline weefsel gevormd te worden. Langzamerhand verdwijnen in het praeparaat ook deze holten en vindt men de buitenste helft van het dermoid als een brokkelige rose gekleurde kernlooze massa terug. Op groote schaal gaan zoowel de epitheelcellen als de elementen van het steunweefsel te gronde. De eerste vormen daarbij dezelfde breiïge massa, die men gewoonlijk als inhoud eener dermoidcyste vindt.

De praeparaten afkomstig van dat gedeelte van het dermoid waarvan het oppervlak die eigenaardige spitse verhevenheden te zien geeft, die ons aan de epitheelhyperplasie op de tong doen herinneren, blijken bij nadere beschouwing slechts geringe verschillen te vertoonen met de hier boven beschreven coupes. Alleen de plaveiselepitheellaag, de epidermis van het dermoid, verhoudt zich anders.

In de allereerste plaats vindt men een vrij duidelijke vorming van papillen in het corium, hoewel niet zoo regelmatig van bouw als in de normale huid. De spits toeloopende verhevenheden blijken geheel uit epitheelcellen te bestaan en vertoonen aan de buitenzijde

verhoornde cellen. In de eigenlijke epitheellaag ontmoet men overal kleine, soms zeer groote, holten gevuld met leukocyten en celdetritus, epitheelabscesjes. Waar het epitheel in het corium, hier een klein-cellig geïnfiltreerde bindweefsellaag overgaat, is de grens niet altijd duidelijk te zien. Enkele epitheliale elementen begeven zich in het weefsel en verspreiden zich in de daaropvolgende hyaline laag, op dezelfde wijze als op andere plaatsen van het dermoid, dus langs spleetvormige ruimten.

Geheel hetzelfde beeld vindt men hier terug, alleen met dat verschil, dat de vorming dier holten met kernresten gevuld achterwege blijft. Het praeparaat verkrijgt daardoor hetzelfde aspect als dat wat het endothelioma lymphaticum ons te zien geeft.

Hier echter ontbreken de lymphevaten geheel; de cellen vullen alleen de streepvormige ruimten in de hyaline massa.

Wijl het hier beschreven gedeelte van het dermoid juist daar genomen is waar de tumor en de cystewand samenkomen, kan men de plaats van overgang nader bestudeeren. De epitheliale bekleeding van het dermoid verdwijnt daarbij vrij plotseling om over te gaan in hetzelfde smalle hyaline weefselstrookje dat wij ook op andere plaatsen van de cyste gevonden hebben. De tweede laag, uit een ijl stroma met leukocyten bestaand, wordt opgevolgd door een donker blauwrood gekleurde, naar boven en beneden scherp begrensde strook weefsel. In deze massa liggen deels staafjesvormige, deels zeer groote ovaalvormige donkerblauw gekleurde kernen. Deze laag verdwijnt plotseling op de grens van het dermoid, waar de afzonderlijke bundels straalsgewijze in den tumor uitloopen. Hoe verder men zich van den tumor verwijdert, hoe smaller deze strook weefsel wordt, totdat zij eindelijk geheel verdwijnt. De buitenste laag van den cystewand, welke men direct op den tumor ziet overgaan, bestaat uit gegolfd bindweefsel, dat vrij duidelijk als ovariaalstroma te herkennen is.

Op andere plaatsen van het dermoid bestaat het weefsel geheel en al uit gladde spiervezels met sterk ontwikkelde vaten. Ook hier is het oppervlak met plaveiselepitheelcellen bekleed en dringen de maligne epitheelcellen van uit de epitheellaag in het onderliggend weefsel in den vorm van smalle balkjes, welke onderling anastomoseerend een zeer gecompliceerd netwerk vormen. Toch schijnt het vastgebouwde, gezonde spierweefsel een grooten weerstand aan de epitheliale elementen te bieden; althans zij dringen tot slechts even onder de oppervlakte in het weefsel door.

In alle praeparaten vindt men dezelfde eigenschappen aan de maligne gedegenereerde cellen. Zij vertoonen zich alle als zeer protoplasmarijke cellen met groote sterk blauw gekleurde kernen. In de smalle weefselspleten min of meer platgedrukt en in de lengte uit-

gerekt, zwellen zij tot groote elementen met soms meerdere kernen op, zoodra hen daartoe de gelegenheid gegeven wordt. Overal ziet men daarenboven vele karyokinetische figuren.

Nergens zijn duidelijke epitheelparels te vinden.

Uit het microscopisch onderzoek blijkt derhalve, dat wij te maken hadden met een carcinoom uitgaande van het plaveiselepitheel, dat niet alleen de oppervlakte van het dermoid, doch ook op talrijke plaatsen den wand van de cyste bekleedde. Het geval is dus volkomen analoog aan die welke wij elders beschreven vinden.

Wel beweert Yamagiwa in een zijner gevallen een carcinoom, uitgaande van mammaweefsel gevonden te hebben, doch zijn betoog, door anderen gecritiseerd, geeft niet het recht den tumor onder de dermoidcarcinomen te rekenen.

Bij het doorlezen der beschrijvingen van de microscopische praeparaten is het opvallend hoe vaak in de verschillende gevallen overeenkomstige beelden aangetroffen worden.

Vooral geldt dit, wat de wijze van voortwoekering betreft. Zoo schrijft Krukenberg, dat de cellen in „die Lamellen der Faserschicht eindrangen" en Tauffer dat behalve „solide Epithelzapfen in Verbindung met dem Rete Malphigii", ook te vinden zijn een „aus Kolben, Zapfen und anastomosirenden Strängen bestehendes Zellnetz. Die Configuration dieses tiefen epithelialen Netzes zeigt das charakteristische Bild gefüllter Lymphgefässe". Ook bij Limnell vindt men hetzelfde beeld terug.

Is de differentiaal-diagnose tusschen een ovariaaltumor in 't algemeen en een dermoidcyste bijna nooit met zekerheid uit te maken, zoo goed als onmogelijk is het een beginnende maligne degeneratie van een dermoidcyste te herkennen of deze van een reeds vergevorderde kwaadaardige aandoening van een adnexatumor te onderscheiden. Ook de leeftijd geeft hieromtrent geen enkele aanwijzing, daar deze bij de verschillende patiënten zeer uiteenliep.

Uit de ziektegeschiedenissen blijkt dat het verloop der aandoening in alle gevallen zeer ongunstig was.

In enkele gevallen stierf de patiënte niet geopereerd, aan uitputting of doorbraak van den tumor in blaas of rectum; in de andere gevallen werd wel is waar operatief ingegrepen, doch bleek het, dat het gezwel steeds zoo innig met de omgeving vergroeid was, dat geen blijvend succes te verwachten was. Trad metastase of recidief op, zoo vond men dit steeds in de buikholte. Ook in mijn geval trad snel recidief op, hoewel er macroscopisch geen enkele aanwijzing bestond dat wij met een malignen tumor te maken hadden.

De oorzaak van de snelle uitbreiding van een dergelijk carcinoom moet, mijns inziens, hier gezocht worden in de abnorme wijze waarop de epitheliale elementen zich verspreiden. In tegenstelling met het huidcarcinoom dat zich geleidelijk in het weefsel uitbreidt om ten slotte in de lymphebanen verder te gaan, begeven bij dezen vorm van carcinoom de epitheelcellen zich onmiddellijk in de spleetvormige ruimten van het meestal hyaline weefsel, nog voordat er eenige opeenhooping van carcinoomcellen waar te nemen valt.

Deze wijze van voortplanting mag niet gezocht worden in een bijzondere eigenschap van de carcinoomcellen, maar moet, dunkt mij, verklaard worden uit de eigenaardige structuur van het dermoid, waardoor aan de cellen reeds dadelijk de gelegenheid gegeven wordt zich op de beschreven wijze snel naar alle richtingen te verspreiden.

Daar ook in andere beschreven gevallen een dergelijke wijze van verspreiding der epitheliale elementen bestond, moeten de dermoidcarcinomen in 't algemeen tot de bijzonder kwaadaardige tumoren gerekend worden. De veranderingen, welke in mijn geval later in het blaasslijmvlies optraden, moeten zonder twijfel als van malignen aard beschouwd worden.

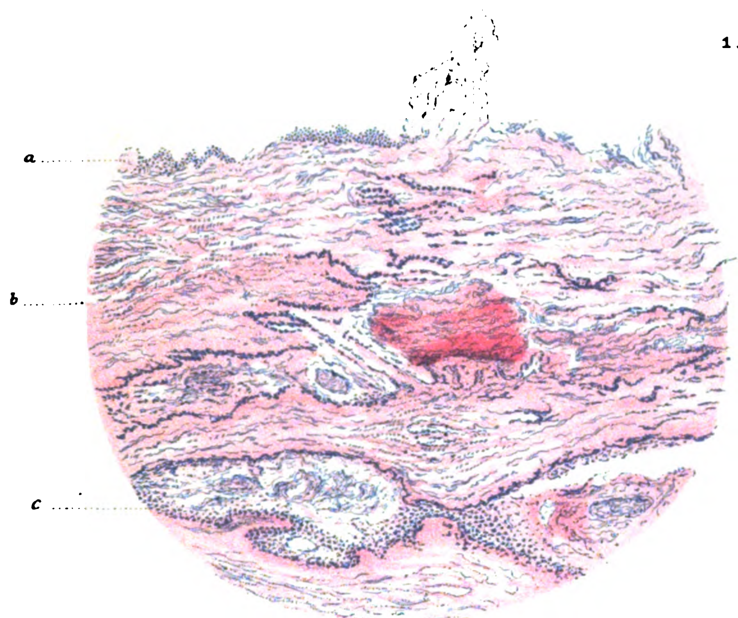
LITTERATUUR.

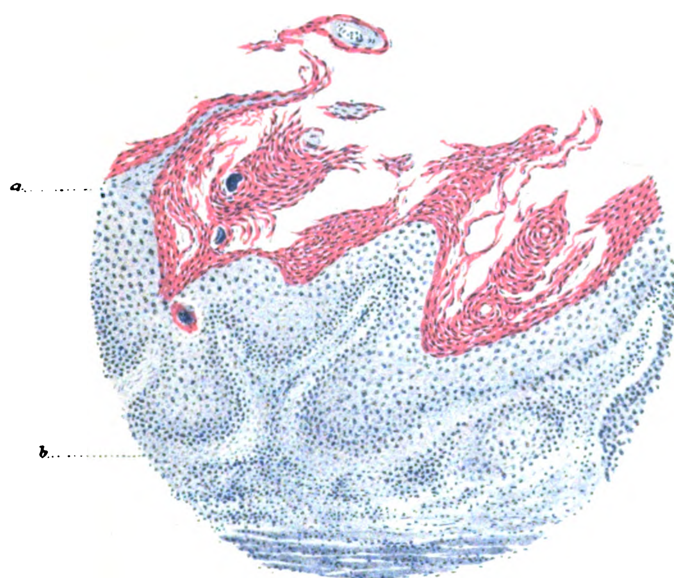
v. Heschl, Pragei Vierteljahrschrift 1860, Bd. 68.
v. Wahl, Petersb. med. Wochenschrift 1883, S. 70.
Biermann, Prager med. Wochenschrift 1885, N. 21 S. 200.
Himmelfarb, Centralbl. f. Gyn. 1886.
Krukenberg, Archiv. f. Gyn. 1887, S. 241.
Tauffer, Archiv. f. path. Anat. 1895, Bd. 142 S. 389.
Wilms, Deutsch Archiv. f. klin. Med. 1895, Bd. 55.
Yamagiwa, Archiv. f. path. Anat. 1897, Bd. 147 S. 99.
Thumin, Archiv. f. Gyn. 1897, Bd. 53 Hft. 3.
Limnell, Archiv. f. Gyn. 1901, Bd. 63 Hft. 3

VERKLARING DER AFBEELDINGEN.

Fig. I *a*. oppervlakte van het dermoid.
b. woekering der epitheliën in spleetvormige ruimten.
c. holten met celdetritus gevuld; aan den wand woekering van plaatepitheel.

Fig. II *a*. epitheelhyperplasie aan de oppervlakte van het dermoid (geen ongewoon verschijnsel).
b. vorming van duidelijke papillen;
geen scherpe grens tusschen epitheel en huidweefsel.





P. v. M. del. P. W. M. Trap impr.

Aan de Geneeskundigen in Nederland.

De volgende bladzijden zijn geschreven met het doel, om de aandacht der Geneeskundigen in Nederland te vestigen op de noodzakelijkheid eener vroegtijdige diagnose van het uterus-carcinoom.

Onze Vereeniging, bestaande uit hoogleeraren, specialisten, en geneeskundigen die meer in het bijzonder de verloskunde en gynaecologie beoefenen, heeft uit treurige ervaring de overtuiging gewonnen, dat er in Nederland veel vrouwen aan uterus-carcinoom te gronde gaan, die door tijdige diagnose en behandeling konden zijn gered.

Wij verkeeren helaas nog in het stadium, dat wij tegen de kwaadaardige nieuwvormingen slechts éen wapen bezitten: het tijdig ingrijpen van het mes. Al de arbeid, al de toewijding door méer en minder-bevoegden aan de studie der carcinoom-quaestie gewijd, hebben de duistere aetiologie niet kunnen opklaren, en in dit opzicht slechts betwistbare en vaak tegenstrijdige resultaten gebracht. Onze wetenschap gaat heden ten dage op dit terrein niet verder dan vijftig jaar geleden, ondanks de vele theoriën die in dat tijdsverloop opgebouwd en weer omgeworpen zijn. Cohnheim's foetale inclusietheorie heeft nog slechts historische waarde; de histogenetische theorie van Thiersch (grensstrijd der weefsels waarbij het epithelium de overmacht krijgt over 't bindweefsel) staat bloot aan gegronde kritiek. Noch de erfelijkheid, noch de infectiositeit zijn feitelijk bewezen, en het effect van mechanische, chemische of psychische prikkels kan als verklaring geenszins volstaan.

Zoolang nu het gebied van de aetiologie der kwaadaardige nieuwvormingen het strijdperk is der verschillende meeningen, blijft de prophylaxis tot de pia vota behooren, en kan de therapie slechts een chirurgische zijn. Waarborg voor radicale genezing kan de operatieve therapie echter slechts voor die gevallen geven, waar zij bijtijds en radicaal wordt toegepast. Bijtijds en radicaal ingrijpen bewaart de patiënte voor een jammervollen ondergang, den medicus

voor de straf, om straks de handen in den schoot te moeten leggen bij een hopeloos geval.

Deze overtuiging is nog niet doorgedrongen tot de conscientie van alle geneeskundigen in Nederland. Als bewijs kan de volgende ziektehistorie dienen, door Dr. Stratz in onze Vergadering van 13 Mei 1900 medegedeeld.

Registernummer I n°. 428. Patiënte, 62 jaar oud, is vroeger altijd gezond geweest. Eerste menses op 17 jarigen leeftijd; regelmatig, zonder pijn, niet profuus. Driemaal partus, tweemaal abortus; laatste partus voor 23 jaren. Partus en kraambed altijd zonder stoornis verloopen. Sedert 11 jaar climacterium; in den overgangsleeftijd geen sterke bloedingen. In Juli '99 fluor albus, soms met bloed gemengd, onregelmatig. Van November af meer bloederige afscheiding.

Gedurende dien tijd werd patiënte door huismedicus palliatief met irrigaties en tamponnade behandeld.

Begin April 1900 komt pat. in den Haag bij kennissen logeeren. De huisdokter aldaar, van de anamnese hoorend, raadt gynaecologisch onderzoek aan. De eigen medicus van patiënte, daarover geraadpleegd, vindt dit alléen „geld verspillen".

Pat. gaat er toch toe over.

13—4—1900. Proefexcochleatie. Mikroskopische diagnose: carcinoma uteri.

Het mikroskopisch praeparaat wordt aan den medicus van patiënte gezonden, die er echter niet door overtuigd is, en operatie onnoodig vindt.

Pat. gaat er toch toe over.

24—4—1900. Vaginale totaalexstirpatie. Op den uterus verheft zich een knobbel, (fig. 1 pl. II) die bij later mikroskopisch onderzoek blijkt geheel carcinomateus te zijn, zoodat er slechts een dunne laag peritoneum overheen zit.

Gladde reconvalescentie; hoogste temp. 37,6. Pat. kon den 9en dag post operationem opstaan, den 16en dag naar huis vertrekken [1]).

Deze mededeeling van Dr. Stratz werd gevolgd door een gedachtenwisseling, waaruit bleek, dat meerdere leden onzer Vereeniging soortgelijke ervaringen hadden opgedaan. Het voorstel, de som der gemeenschappelijke ervaringen op te maken en de uitkomst aan de Nederlandsche Geneeskundigen vóór te leggen, werd met algemeene stemmen aangenomen.

De uitvoering, opgedragen aan het Bestuur der Vereeniging, met

[1]) Tot op heden, 10 Aug. 1902, geen recidief.

bijstand van den voorsteller, Dr. Stratz, werd vertraagd door de moeilijkheid om voldoend materiaal voor een statistisch overzicht van eenige beteekenis bijeen te brijgen. Begin van uitvoering werd gegeven door het instellen eener enquête bij de leden der Gynaecologische Vereeniging. Deze enquête omvatte de volgende vragen:

1. Hoeveel gevallen van carcinoma uteri hebt gij in uw praktijk waargenomen?
   a. hoeveel corpus-carcinomen?
   b. hoeveel carcinomen van portio of cervix?
2. Onder hoeveel gynaecologische patiënten kwamen deze gevallen voor?
3. Op welken leeftijd
   a. kwamen de patiënten onder uw behandeling?
   b. openbaarde zich het carcinoom?
4. Hoeveel gevallen waren nog geschikt voor radicale operatie?
5. Hoeveel zijn er geopereerd?
6. Wat zijn de resultaten der operatie
   a. wat het leven,
   b. wat den lateren gezondheidstoestand betreft?
      Recidief na een jaar,
      Recidief na meer dan een jaar,
      Zonder recidief.
7. Wat waren de eerste symptomen?
   a. menorrhagie?
   b. bloeding post cohabitationem?
   c. bloeding nà het climacterium?
   d. fluor albus?
   e. foetide afscheiding?
   f. pijn?
8. In hoeveel gevallen is de diagnose gesteld
   a. door klinisch onderzoek?
   b. door microskopisch onderzoek?
   c. door beide?
9. Zijn u bijzonder sprekende gevallen bekend met betrekking tot
   a. herediteit?
   b. bijzonder acuut of bijzonder langdurig beloop?
   c. het niet of te laat stellen van de diagnose door een medicus?
   d. symptomatische behandeling door een medicus, waardoor kostbare tijd is verloren?
10. Hoeveel patiënten hebben uw raad gevraagd wegens post-climacterische bloedingen?
    Hoeveel dezer patiënten hadden carcinoom?
    Hoevelen kregen het later?

11. Meent gij in sommige of in alle gevallen van carcinoma uteri de diagnose te kunnen stellen zonder mikroskopisch onderzoek?

Het bleek weldra, dat de termijn van 4 maanden, voor de beantwoording dezer vragen gesteld, te krap was gemeten. Weliswaar kwamen enkele circulaires spoedig ingevuld terug; deze waren echter afkomstig van die leden onzer Vereeniging, die slechts enkele gevallen van carcinoom in behandeling hadden gehad. De antwoorden van hen, die over een groot materiaal konden beschikken, lieten zich lang wachten. Sommige zeer lang. De verklaring lag voor de hand: de beantwoording onzer vragen kostte te veel tijd. Toch konden wij niet minder vragen, als de enquête iets noemenswaardigs opleveren zou. Ja, wij hadden ons onderzoek gaarne nog iets breeder opgezet, en bijv. ook de vraag willen stellen of de carcinoomlijderessen tot de categorie der virgines, nulliparae, primi- of multiparae behoorden. Ook ware het wenschelijk geweest, de portio- en de cervixcarcinomen in twee afzonderlijke groepen te scheiden. De vrees om te uitgebreid te worden hield ons van een en ander terug, en de uitkomst leerde, dat wij onze eischen reeds hoog genoeg hadden gesteld. Immers het duurde meer dan een jaar, vóor wij een 13-tal circulaires ingevuld terug hadden ontvangen, loopende gezamenlijk over 372 gevallen van uterus-carcinoom. De universiteits-klinieken van Amsterdam en van Groningen hadden zich onbetuigd gelaten. Van Amsterdam (prof. Treub) kwam echter de belofte, dat de gevallen zouden worden nitgewerkt in een dissertatie, die dan tevens als materiaal voor onze enquête dienst kon doen. Deze dissertatie is nu onlangs verschenen [1]). Zij omvat, behalve de carcinoom-gevallen uit de Amsterdamsche vrouwenkliniek, ook die uit de particuliere praktijk van prof. Treub. De toevoeging dezer statistiek doet het totaalcijfer onzer gevallen stijgen tot 623.

Bedenkt men, dat deze gevallen afkomstig zijn van slechts 14 leden onzer Vereeniging, waaronder verscheidene, die nog slechts enkele jaren praktijk achter den rug hebben, terwijl de oudsten hoogstens op een 15 à 20 tal werkjaren terug kunnen zien, dan schijnt dit een vrij hoog cijfer. Conclusies over het door velen aangenomen toenemen van het carcinoom kan men er natuurlijk niet uit trekken; daarvoor zou een uitgebreider enquête over verschillende tijdperken noodig zijn [2]).

---

[1]) A. J. Jorritsma. Bijdrage tot de statistiek van het carcinoma uteri. Diss. 1902. Gebrs. Wolff, Hilversum.

[2]) Over deze quaestie leze men: Bericht über die vom Komitee für Krebsforschung erhobene Sammelforschung, gerefereerd in het Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde 2de deel 1902, p. 317.

Om eenigszins een inzicht te krijgen in de verhouding der gevallen van uterus-carcinoom tot het geheel der gynaecologische afwijkingen hebben wij (vraag 2) naar het totaalcijfer der gynaecolgische patiënten gevraagd. Deze vraag vonden wij door drie inzenders met een vraagteeken beantwoord. Het gezamenlijk cijfer van de tien die de vraag wel beantwoordden plus de gevallen uit de dissertatie van Jorritsma bedraagt 29319; het aantal daarbij voorgekomen carcinoom-gevallen is 529. Wij komen dus tot een verhoudingsgetal van 529 op 29319, dat is 1,8 %; dus 18 gevallen van carcinoma uteri op elke 1000 gynaecologische patiënten. Vergeleken met buitenlandsche statistieken is dat cijfer niet hoog.

Neemt men het verhoudingsgetal van de verschillende inzenders afzonderlijk, dan ziet men dat schommelen tusschen 1 % en 3 %. Drie procent wordt alléen bereikt in de Amsterdamsche vrouwenkliniek, terwijl in de particuliere praktijk van prof. Treub het verhoudingsgetal slechts 1,7 % bedraagt. Jorritsma wijst er in zijn dissertatie op, dat dit verschil tusschen polikliniek en privaatpraxis een algemeen voorkomend verschijnsel is, en steeds ten nadeele van de armere volksklasse uitvalt; zoo zijn bij Schroeder de verhoudingsgetallen 3,6 % en 2,1 %. Zoolang wij van de aetiologie van het carcinoom nog niets wezenlijks weten, moeten wij de slechte voedings- en levenscondities der lagere volksklasse wel voor het hooger carcinoomcijfer aansprakelijk stellen. Wij mogen daarbij echter niet uit het oog verliezen, dat diezelfde sociale verschillen het onderscheid grooter kunnen doen schijnen dan het feitelijk is; eensdeels door het feit, dat bij de hoogere klassen tal van lichte gynaecologische afwijkingen in behandeling komen, waarmede de vrouw uit het volk zonder medische hulp rondloopt (waardoor het totaalcijfer der gynaecologische gevallen in de betere klassen stijgt); anderdeels doordat de onvermogende carcinoomlijderessen, die de verplegingskosten in een private inrichting niet kunnen betalen, op de vrouwenklinieken der universiteiten worden samengedrongen, terwijl de lichtere, poliklinisch te behandelen gynaecologische gevallen over verschillende medici worden verdeeld. Zooals meestal met statistische opgaven is ook hier het naast elkaar stellen der cijfers veel gemakkelijker dan een juiste waardeering van hunne beteekenis.

Onder de momenten, wier invloed op de ontwikkeling van het uterus-carcinoom niet aan twijfel onderhevig is, staat de leeftijd bovenaan. Wij hebben in vraag 3 beproefd, dien invloed in onze gevallen na te speuren. De splitsing dier vraag in *a* en *b* heeft niet aan het doel beantwoord, daar de meeste inzenders er geen rekening mee hebben gehouden, en zich tot een enkele leeftijdsopgave der patiënten hebben bepaald. Deze opgave geeft vermoedelijk

bij het meerendeel den leeftijd aan, waarop het carcinoom als zoodanig is herkend. Zij loopt over 394 gevallen. die naar den leeftijd aldus kunnen worden gerangschikt.

20—25 j.	25—30 j.	30—40 j.	40—50 j.	50—60 j.	boven 70
1 gev.	8 gev.	56 gevall.	119 gev.	135 gev.	75 gev.

Wij zien in deze getallen den gewonen regel bevestigd, dat de climacterische en de post-climacterische leeftijd het grootste contingent levert der gevallen van uterus-carcinoom.

Men neemt algemeen aan, dat de drie verschillende vormen van uterus-carcinoom (van portio, cervix en corpus) voor verschillende leeftijden praedilectie vertoonen. Onze enquête verschaft daaromtrent in 't algemeen geen gegevens; voor de gevallen van prof. Treub is dit punt echter speciaal uitgewerkt, zooals blijkt uit het volgende lijstje, ontleend aan de dissertatie van Jorritsma.

Leeftijd	Portio-carc.	Cervix carc.	Corpus. carc.
25—30	2	3	0
30—35	7	6	0
35—40	14	13	0
40—45	14	19	2
45—50	12	30	6
50—55	16	26	4
55—60	12	18	5
boven 60	11	15	5

Wij zien, dat hier aanvankelijk portio- en cervix-carcinoom vrij wel pari passu gaan, dat nà het 40ste jaar het cervix-carcinoom overweegt, terwijl het corpus-carcinoom vóor het 40ste jaar in 't geheel niet verschijnt, en nà het 45ste zich vrij wel op gelijke frequentie houdt.

Dat het corpus-carcinoom eerst op lateren leeftijd optreedt, is ook volgens de groote buitenlandsche statistieken regel, doch geen regel zonder uitzondering. Het allerjongste geval, dat onze enquête heeft opgeleverd, was een corpus-carcinoom.

De patiënte, virgo, was 22 jaar oud, en sinds vele maanden wegens profuse menorrhagieën onder behandeling van haar huisdokter (ergotine, hydrastis, geen onderzoek). Het laatste half jaar waren de vloeiingen permanent geworden, en zoo hevig, dat patiënte haar betrekking had moeten opgeven.

Ontmoedigd door het steeds afnemen van haar krachten, besloot zij eindelijk, buiten haar huisdokter om een specialist te raadplegen. Deze verrichtte proefcurettage, en bracht daarbij brokkelige weefselstukken voor den dag, die bij mikroskopisch onderzoek uit carcinoom-weefsel bleken te bestaan. De uterus werd (nu ruim 2 jaar geleden) geëxstirpeerd. Patiënte is tot dusverre vrij van recidief en gezond.

Dit gunstig resultaat hangt stellig samen met de omstandigheid, dat wij in casu te doen hadden met een corpus-carcinoom, welke vorm in 't algemeen langer operabel blijft en voor definitieve genezing beter prognose geeft dan de portio- en de cervix-carcinomen. Ongelukkig is deze gunstigste vorm van uterus-carcinoom tevens de zeldzaamste. Onze enquête geeft slechts 75 corpus-carcinomen op het totaal-cijfer van 583 [1]).

Van het hoogste belang is de vraag (n°. 4) hoeveel carcinomen in observatie kwamen in een stadium, dat nog voor radicale operatie geschikt was. Het antwoordt luidt: 209 op 620; met andere woorden, van elke drie vrouwen komen er twee te laat. Zulke cijfers spreken. Wij komen er straks nog op terug.

Daar van de operabele patiënten er nog enkele afvallen, die de operatie weigerden of er om redenen buiten haar wil niet toe geraakten is de slotsom, dat van de 620 gevallen slechts 195 radicaal zijn geopereerd. Daarvan kwamen 173 de operatie gelukkig te boven, 22 succombeerden, dat geeft dus een mortaliteitscijfer van 22 op 195 = ruim 11°/₀. De van de operatie genezenen leverden 61 recidieven in 't eerste jaar, 20 na meer dan een jaar, d. i. 46°/₀ van de operatief genezenen succombeerden aan recidief. Vier en zestig patiënten zijn zonder recidief gebleven. Het zou te optimistisch zijn daaruit te concludeeren tot een radicale genezing zan 64 op 173, d. i. 37°/₀. Hoogstwaarschijnlijk zijn er onder die 64 later nog recidieven te wachten. De meeste inzenders hebben n.l. onder vraag 6 b^3 niet vermeld, hoe lang de patiënten recidiefvrij zijn gebleven. Anderen spreken van 2 of 2½ jaar. Slechts in 27 gevallen kon worden nagegaan, dat de operatie langer dan drie jaar was geleden. Een paar gevallen (zie de statistiek van Treub in de dissertatie van Jorritsma) dateeren zelfs van circa 12 jaar geleden. Deze kan men wel als radicaal genezen beschouwen, en het lijdt dus geen twijfel, dat radicale genezing door tijdige operatie mogelijk is. Even zeker is het echter, dat deze tot dusverre nog slechts in een klein percentage der carcinoomgevallen wordt verkregen. Stellen wij het allergunstigste geval, dat de recidiefvrije patiënten onzer enquête werkelijk recidiefvrij zouden blijven, dan komen wij tot een radicale genezing van 64 op 623, d. i. 10°/₀. Zelfs bij deze, stellig veel te gunstige, berekening zijn 9 van de 10 lijderessen aan carcinoma uteri ten ondergang gedoemd.

Vatten wij samen, wat in de vorige bladzijden is uiteengezet, dan springen de volgende feiten in 't oog.

---

[1]) Hier en elders klopt het totaal-cijfer niet met het vroeger opgegeven getal van 623. Dit doet zich telkens voor, als in de vragenlijst door één of meer inzenders een vraag oningevuld is gelaten.

1. De frequentie van het carcinoma uteri (1,8°/₀ van alle gynaecologische gevallen).
2. Het groot aantal gevallen, dat niet meer voor radicale operatie vatbaar is, op het oogenblik dat het carcinoom wordt herkend (66°/₀).
3. Het betrekkelijk hoog sterftecijfer der radicale operatie (11°/₀).
4. De frequentie der vroege recidieven (35°/₀ binnen 't jaar).
5. Het kleine getal der definitieve genezingen (minder dan 37°/₀ van de radicaal geopereerden; minder dan 10°/₀ van het totaalcijfer der lijderessen).

Zoo is voor Nederland op 't oogenblik de stand van zaken. Moeten wij, Nederlandsche geneeskundigen, ons bij deze feiten neerleggen, of staat het in onze macht, door gemeenschappelijk streven de grens van ons kunnen uit te breiden, opdat wij ten minste een deel van de vrouwen en moeders mochten redden, wier vonnis reeds geteekend schijnt?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden, moeten wij beginnen met ons rekenschap te geven van de oorzaak der feiten, die hierboven staan opgesomd. En dan staan wij bij het eerste punt, de frequentie van het uterus-carcinoom, al dadelijk voor een vraagteeken.

De verklaring der frequentie schuilt bij de aetiologie, en deze ligt in 't duister. Dat het aantal lijderessen aan carcinoma uteri groot is, hebben wij dus te aanvaarden als een voorloopig onverklaard en onomstootelijk feit.

Minder passief moeten wij ons stellen tegenover het tweede resultaat onzer enquête: het feit, dat twee van de drie carcinoomlijderessen te laat komen voor radicale operatie. Hier moet een naspeurlijke oorzaak in 't spel zijn, die wij verplicht zijn te vinden. Gebrek aan vrees voor de ziekte kan het niet zijn: het woord kanker heeft ook voor den leek een schrikwekkenden klank. Operatie-vrees is evenmin in 't spel; weigering van de operatie door de patiënt komt slechts bij uitzondering voor. De zaak is dus wel degelijk zóo gelegen, dat de ziekte te laat als zoodanig wordt herkend, èn door de patiënte èn, niet zelden, door den medicus.

Hoe komt dat?

Wij willen deze vraag afzonderlijk beantwoorden voor de patiënte en voor den medicus.

Voor den leek concentreert zich de voorstelling van een gevreesde ziekte in het begrip van *pijn*. Dit geldt inzonderheid voor het vage schrikbeeld van den kanker. „Ik behoef mij niet ongerust te maken, *want ik heb geen pijn*" is een zeer gewone leekenargumentatie.

De medische ervaring heeft echter geleerd, dat pijn behoort tot de symptomen, die bij carcinoma uteri in een vrij laat stadium

plegen op te treden. Wij hebben dit bekende feit in vraag 7 onzer enquête nog eens aan de ervaring getoetst, en daarbij als resultaat gekregen, dat pijn slechts in 7% der gevallen als eerste symptoom wordt vermeld. En voor die 7% moet nog de restrictie gelden, dat „eerste symptoom" beteekent „eerste symptoom waarover de „patiënte heeft geklaagd". De mogelijkheid blijft dus open, dat andere verschijnselen onopgemerkt zijn voorbijgegaan. Want, terwijl de patiënten tegenover het symptoom „pijn" op haar quivive zijn, slaan zij op bloeding of afscheiding minder acht. En dat is begrijpelijk. Door de maandelijksche periode zijn de vrouwen er aan gewend, bloeding uit de genitaliën als een physiologisch verschijnsel te beschouwen. Onregelmatigheden blijven dikwijls onopgemerkt, of worden niet gewichtig gevonden. In den kritieken leeftijd wordt elke afwijking geschoven op „den overgang". Met het symptoom afscheiding is het al eveneens gesteld. Er loopen zooveel vrouwen rond met afscheiding van min of meer onschuldigen aard, dat deze niet wordt geteld, terwijl verandering van het karakter der afscheiding meestal onopgemerkt blijft. Met de verschijnselen „bloeding, pijn, afscheiding" is echter de symptomatologie van het carcinoma uteri voor de patiënten uitgeput.

Niet alzoo voor den medicus. De verschijnselen die binnen zijn waarneming vallen, kunnen wij het best overzien als wij de drie grondvormen: het portio-, het cervix- en het corpuscarcinoom wat nader in 't oog hebben gevat.

Het portio-carcinoom (histologisch een plavei-epitheel-carcinoom of cancroïde, door de bekende parelkogels gekarakteriseerd) ontwikkelt zich aan de buitenvlakte van de portio vaginalis, uit het plaveiepithelium dat deze bedekt. Het vertoont zich in zijn begin-stadium klinisch als een licht bloedende erosie, die meestal scherp tegenover de gezonde omgeving is begrensd. Fig. 1 plaat I geeft het speculumbeeld van een beginnend portio-carcinoom; fig. 2 vertoont hetzelfde in een verder gevorderd stadium, terwijl fig. 3 het derde stadium te zien geeft, het zoogenaamde bloemkoolgezwel, dat in de vagina uitpuilt en, de grens der portio overschrijdend, op de vaginaalwanden overgrijpt, waar het gelegenheid vindt zich door de lymphbanen in de diepere weefsels uit te breiden. Het portio-carcinoom, dat in fig. 3 is afgebeeld, was reeds te laat voor radicale operatie.

Het carcinoom van de cervix uteri ontwikkelt zich òf uit het slijmvlies-epithelium van de cervix òf midden in het cervixweefsel zelf. In het eerste geval grenst het zieke weefsel onmiddellijk aan de cervixholte. Is het ostium externum wijd geopend of bestaat er een ectropium van het cervixslijmvlies, dan is de nieuwvorming betrekkelijk vroeg van uit de vagina waar te nemen, en krijgt

men in het speculum beelden als fig. 4 en fig. 5, (plaat I), die makroskopisch niet altijd gemakkelijk van het portio-carcinoom zijn te onderscheiden. Histologisch geeft het slijmvlies-carcinoom van de cervix het beeld van een kliercarcinoom. Is het ostium externum nauw, zooals bij virgines en nulliparae regel is, dan blijft het cervix-carcinoom voor het oog en voor den toucheerenden vinger verborgen. Het cervikaal-kanaal kan reeds tot een holte vol nekrotiseerend carcinoomweefsel zijn geworden, terwijl het aspect van de portio nog niets kwaads vermoeden laat. Dilatatie van het ostium externum baant dan dadelijk den weg naar de zieke plaats.

Nog meer verscholen zit het carcinoom van de cervix uteri, wanneer het zich niet in het slijmvlies, maar binnen den wand-zelf van de cervix ontwikkelt. Er ontstaat dan binnen in het cervix-parenchym een knobbel, die zoowel naar de portio als naar het cervixslijmvlies uitgroeit en ten slotte door een van beide perforeert.

Het histologisch beeld van dezen kankervorm is niet altijd het-zelfde, en de matrix nog niet met zekerheid vastgesteld. Èn de slijmvlieskanker èn de knobbelkanker van de cervix uteri verbreiden zich reeds in een vroeg stadium langs de lymphbanen in de ligg. lata. De kans op definitieve genezing door operatie is daarom bij dezen vorm buitengewoon gering.

De derde vorm van carcinoma uteri is het corpus-carcinoom. De nieuwvorming ontstaat uit het klier- of oppervlakte-epitheel van het corpus uteri en vertoont histologisch gewoonlijk het beeld van een kliercarcinoom (of adenoma malignum), in enkele gevallen van een epithelioom. De nieuwvorming is òf aanvankelijk tot een circum-script gedeelte van het corpus-slijmvlies beperkt, en puilt dan vaak in 't corpus uteri uit als een breedgesteelde poliep, òf wel zij verbreidt zich snel over het geheele corpus-slijmvlies en vult het cavum met een woekerende massa. De cervix blijft in de meeste gevallen gezond. Het duurt in den regel vrij lang, eer het corpus-carcinoom de grenzen van het slijmvlies overschrijdt. Later dringt het den spierwand binnen, vernielt het spierweefsel en baant zich een weg tot aan het peritoneum, dat ten slotte wordt doorboord.

Plaat II geeft een typisch voorbeeld van een carcinoom, dat op het punt staat de serosa te perforeeren. Het is de uterus van de door Dr. Stratz geopereerde patiënte, wier historie op bl. 288 werd medegedeeld. In fig. 1 ziet men den geëxstirpeerden uterus van de voorzijde. Rechts boven op den fundus zit een knobbel, dien men, behoudens de argwaan wekkende vaatinjectie van de serosa, voor een onschuldig myoompje houden kon. De sagittale doorsnede (fig. 2) vertoont de geheele corpus-mucosa in carcinoomweefsel veranderd; cervix en portio volkomen normaal (zie ook het speculum-beeld van

de portio in fig. 3). Fig. 4 is een antero-posteriore doorsnede van den uterus, die juist het knobbeltje in den fundus halveert. Men ziet, dat dit knobbeltje geheel uit kankerweefsel bestaat en slechts door een dunne laag van intact peritoneum is bedekt.

Na deze beknopte beschrijving der drie (of vier, als men met Veit de cervix-carcinomen in tweeën splitst) verschillende vormen van carcinoma uteri, kunnen wij de opsomming der symptomen laten volgen, waardoor elk dier vormen min of meer duidelijk is gekarakteriseerd. Gedeeltelijk laten zij zich uit de vorige beschrijving afleiden. Zoo is het bijv. duidelijk, dat het portio-carcinoom reeds in een vroeg stadium tot bloeding voeren moet. En wel speciaal tot bloeding door contact. Digitaal onderzoek, cohabitatie, wordt regelmatig door bloeding gevolgd.

Menorrhagieën en metrorrhagieën treffen wij aan bij het kliercarcinoom van de cervix en bij het corpus-carcinoom. Bij het eerste buitendien, en in het eerste stadium vooral, verhoogde slijmige fluor; de slijmproduceerende klieren toch hebben hun zetel in de cervix, niet in het corpus uteri. Daar de corpus-carcinomen vooral op hoogen leeftijd voorkomen, zijn de postclimacterische bloedingen meest een verschijnsel van corpus-carcinoom.

Metrorrhagieën, die in aansluiting aan een partus of abortus optreden, moeten aan de mogelijkheid van deciduoma malignum doen denken, het binnen het moederlijk organisme nestelend carcinoom van het ei.

Foetide afscheiding geeft ieder carcinoom zoodra het gaat nekrotiseeren. Dit verschijnsel komt dus eerst in een laat stadium voor den dag.

Hetzelfde geldt voor pijn. De weefselverwoesting binnen den uterus wordt niet door pijn begeleid. Eerst wanneer de nieuwvorming in de buurt van het peritoneum komt, kan pijn als verschijnsel van peritoneaal-prikkeling of peritonitis optreden. Soms kunnen verbazend vroegtijdig optredende metastasen in de lymphklieren, die langs de wervelkolom gelegen zijn, zenuwdrukking en daardoor pijn teweegbrengen. Ook de infiltratie van de breede banden veroorzaakt pijn, waarschijnlijk door drukking op de zenuwstammen in het kleine bekken. Als de naburige organen (blaas, rectum) in het proces worden betrokken, treden pijnlijke tenesmi op. Regel is, dat het carcinoma uteri pijnloos voortschrijdt, zoolang het proces tot den uterus zelf is beperkt. Een uitzondering maakt soms het corpuscarcinoom, dat tot koliekachtige pijnen aanleiding geven kan (uteruscontracties). Deze pijnen kunnen aan de bloeding vooraf gaan.

Ook bij het knobbelcarcinoom van de cervix kan pijn het eerste verschijnsel zijn. Dit beduidt evenwel niet, dat de pijn hier in een vroeg stadium optreedt, maar dat de andere symptomen zoo buiten-

gewoon laat komen. Bloeding kan nl. bij dezen vorm van kanker eerst dan ontstaan, als de knobbel in de cervix of in de vagina is geperforeerd. En vóor dien tijd kan hij zich reeds in de breede banden hebben verbreid tot aan den bekkenwand [1]).

Ten slotte moet nog als zeldzaam voorkomend symptoom van carcinoma uteri hardnekkig braken worden genoemd [2]).

Uit het voorgaande kan blijken, dat er een duidelijke symptomatologie van het uterus-carcinoom bestaat. Onze kennis dezer symptomatologie is niet van gisteren. Men vindt haar, scherper of minder scherp geformuleerd, neergelegd in ieder leerboek der gynaecologie, in iedere monographie over den uterus-kanker.

Alle geneeskundigen, wier opleiding niet verder terugreikt dan een kwarteeuw geleden, hebben deze dingen in hun studietijd geleerd.

En toch!

Vraag 9 onzer enquête luidt:

Zijn u bijzonder sprekende gevallen bekend met betrekking tot

c. het niet of laat stellen der diagnose door een medicus?

d. symptomatische behandeling door een medicus, waardoor kostbare tijd is verloren?

Van de antwoorden, op deze vragen ontvangen, laten wij er enkele hier volgen.

Circulaire n°. I. (statistiek van 70 gevallen).

ad *c.* Vele. (Eén geval $1^1/_2$ jaar lang met geneesmiddelen behandeld, daarna radicaal-operatie; genezen ontslagen)

ad *d.* Vele.

Circulaire n°. II. (statistiek van 19 gevallen).

ad *c.* en *d.* Een patiënt van 67 jaar heeft 7 jaar lang met fluor en nu en dan bloedverlies rondgeloopen. De huismedicus, die dit wist, schijnt wel eens de wenschelijkheid van een onderzoek uitgesproken te hebben. Toen de verschijnselen nà ± 7 jaar toenamen, verwees hij haar naar mij. Er was toen geen plekje gezond weefsel meer in de vagina (waarschijnlijk oorspronkelijk een portio-carcinoom).

Circulaire n°. III. (statistiek van 3 gevallen).

ad *c.* Eén patiënte niet terstond naar arts gegaan; door eersten arts niet onderzocht, met versterkende middelen behandeld. Tweede arts, pas van universiteit, stelde terstond de diagnose.

Circulaire n°. IV. (statistiek van 3 gevallen).

---

[1]) Een dergelijk geval, waar de patiënte wegens door den tumor veroorzaakte uitstralende pijnen maanden lang door haar huisdokter voor ischias was behandeld, deelt J. Veit mede in „der Gebärmutterkrebs, Vorlesung 5 uit „Die Deutsche Klinik" Bd. IX.

[2]) Een typisch voorbeeld daarvan is te vinden in n°. XI der Geneeskundige Bladen, 1ste reeks, bl. 294.

ad *c*. In een geval had pat. in 6 jaar tijds tweemaal bloed verloren, beide keeren gepaard met verschijnselen van influenza; in 1890 werd door den behandelenden medicus op die bloeding niet gelet; in 1896 werd nà de bloeding door mij onderzocht en een uitgebreid carcinoom gevonden.

Circulaire n°. V. (statistiek van 2 gevallen).

ad *c*. en *d*. Een mijner gevallen (corpus-carcinoom) had een zeer langdurig verloop en was bij tijdige herkenning vermoedelijk operabel geweest.

Circulaire n°. VII. (statistiek van 10 gevallen).

ad *c*. en *d*. Twee patiënten waren langen tijd behandeld met ijzerpraeparaten zonder locaal onderzoek.

Circulaire n°. VIII. (statistiek van 14 gevallen).

ad *c*. en *d*. Registernummer 404. Sedert 22 jaar metrorrhagieën; altijd onder geneeskundige behandeling. Voor 4 jaren werd reeds een inoperabel carcinoom gediagnostiseerd (vermoedelijk eerst metritis, later carcinoom).

Registernummer 370. Bloeding post partum bij een vrouw van 28 jaren, die daarna 7 maanden door haar huismedicus, tevens gynaecoloog, wegens erosie werd behandeld; niettegenstaande deze aan de mogelijkheid van carcinoom gedacht heeft. Inoperabel carcinoom, ook mikroskopisch bevestigd. Vier maanden later exitus.

Registernummer 413. Wegens urogenitaalfistel in consult geroepen. Het vergevorderde carcinoom, dat uit de vagina in de blaas was doorgebroken, was niet gediagnostiseerd. Binnen 2 maanden exitus letalis.

Registernummer 410. Sedert *15 jaren* onder geregelde gynaecologische behandeling; bij wisseling van medicus constateerde de nieuwe een carcinoom in inoperabelen toestand. De diagnose werd mikroskopisch bevestigd.

Circulaire n°. IX. (statistiek van 20 gevallen).

ad *c*. In 5 gevallen diagnose niet gesteld.

ad *d*. In 3 gevallen symptomatisch behandeld.

Circulaire n°. X (25 gevallen).

ad *c*. en *d*. Meestal schuilde de fout van te laat onder goede geneeskundige behandeling komen bij de patiënten zelf; in enkele gevallen was ook de behandelende arts niet geheel vrij te pleiten.

Deze lijst zou nog verder uitgebreid kunnen worden, doch sapienti sat

Wij keeren terug tot de vraag, waarvan wij zijn uitgegaan: Hoe komt het, dat het carcinoma uteri zoo vaak door den medicus niet of telaat wordt herkend?

Er werken hier stellig verschillende oorzaken samen.

In de eerste plaats valt het niet te ontkennen, dat er gevallen van uterus-carcinoom bestaan, die geene of zóo lichte symptomen veroorzaken, dat de patiënte noch de medicus bijtijds wordt gealarmeerd; dit betreft vooral het carcinoom van de cervix. Zulke gevallen zijn onherroepelijk verloren, en zullen dat ook in de toekomst zijn.

In de tweede plaats komt het voor, dat vrouwen uit onbegrijpelijke zorgeloosheid met verschijnselen blijven rondloopen, die ook voor haar eigen waarneming duidelijk pathologisch zijn.

Doch wanneer men deze beide categorieën van het totaalcijfer aftrekt, dan blijft er nog een groote groep van gevallen over, waar de vrouwen wèl bijtijds hulp hebben gezocht, en waar de diagnose had KUNNEN *en* MOETEN *worden gesteld. Die gevallen komen op het zondenregister van ons, geneeskundigen.*

Vragen wij, hoe het mogelijk is, dat op dit gewichtig punt zoo schromelijk verzuim wordt gepleegd door hen, die de aangewezen bewakers zijn van de gezondheid hunner medemenschen, dan kunnen wij geen verontschuldiging, maar toch wel een verklaring vinden. Namelijk deze, dat onder de straks genoemde, algemeen bekende verschijnselen van het carcinoma uteri geen enkel symptoom werkelijk pathognomonisch is.

Mukeuse afscheiding is een begeleidend verschijnsel van elken cervikaal-catarrh. Meno- en metrorrhagieën komen bij een geheele reeks van min of meer onschuldige afwijkingen aan het genitaalstelsel voor. Bloeding bij contact kàn verschijnsel zijn van een portio-carcinoom, maar kan ook afhankelijk zijn van een onschuldige cervikaalpoliep of een hyperaemische erosie. Zelfs de postclimacterische bloedingen, die pathognomonisch voor het corpus-carcinoom worden genoemd, zijn het niet in den vollen zin des woords. Onze enquête levert, in het antwoord op vraag 10, daarvan het bewijs. Onder 123 gevallen, waar over postclimaterische bloedingen werd geklaagd, werd 63 maal carcinoom gevonden. Bijna de helft berustte dus op andere oorzaak, vermoedelijk de bekende seniele vaginitis, die bloederige afscheiding geeft.

De straks besproken kenmerken *kunnen* dus een carcinoom verraden, maar doen dit slechts in een minderheid van de gevallen. Meestal zijn zij van een, vergelijkenderwijs gesproken, onschuldig genitaallijden afhankelijk.

En nu komt het optimisme van de kansrekening, gerugsteund door gemakzucht en gemis aan verantwoordelijkheidsbesef, en voert tot de fout, die van alle ellende de oorzaak is: *de patiënte wordt bij de eerste klacht niet onderzocht.*

Straks bestendigt en wreekt zich dit kwaad. Het voorgeschreven

drankje helpt, of schijnt te helpen. De medicus, die den eersten keer niet van een onderzoek heeft gesproken, komt er den tweeden keer nog minder toe; het drankje wordt herhaald. De aanvankelijk gealarmeerde patiënte gerustgesteld door de houding van den medicus, de medicus gerustgesteld door het zwijgen van de klachten der patiënte, zoo wiegt men elkander in slaap; tot het ontwaken komt, dat voor de vrouw een doodvonnis beteekent.

De grondfout zit in de struisvogelpolitiek, waarmede de afwijkingen van het vrouwelijk genitaalapparaat nog door velen worden behandeld. Wanneer het tot de conscientie vau alle geneeskundigen zal zijn doorgedrongen, dat ieder verschijnsel, hetwelk van carcinoma uteri afhankelijk zou KUNNEN *zijn, tot het stellen eener nauwkeurige diagnose verplicht, dan zijn wij naar een beteren toestand op weg.*

Daarvoor is echter het klinisch onderzoek niet genoeg, ten minste niet voor de beginnende gevallen, waar het hier om gaat. In de laatste vraag onzer enquête hebben wij hieromtrent de uitspraak onzer inzenders gevraagd, en de som der antwoorden kan hierin worden saamgevat, dat de vergevorderde gevallen weliswaar uitsluitend door klinisch onderzoek zijn te herkennen, doch dat in het beginstadium steeds de hulp vereischt wordt van het mikroskoop. In cijfers uitgedrukt (vraag 8 der enquête) vinden wij, dat de diagnose 224 maal alléen door klinisch, 25 maal alléen door mikroskopisch onderzoek werd gesteld, en dat 95 maal de klinisch *onzekere* diagnose door het mikroskoop tot een *zekere* werd. In verband met het vorige kan hieruit wederom blijken, hoe groot het getal der vergevorderde carcinomen reeds bij de eerste waarneming is.

Het ligt voor de hand, dat het mikroskopisch onderzoek vooral onontbeerlijk zal zijn bij de corpus-carcinomen, waar het zieke weefsel èn voor het gezicht èn voor den onderzoekenden vinger ontoegankelijk blijft. Hetzelfde geldt voor het cervixcarcinoom, dat nog door het gezonde weefsel van de portio is bedekt.

Maar ook bij het beginnend carcinoom van de portio is het speculum-beeld volstrekt niet karakteristiek: gewoonlijk leert het speculum-onderzoek niets meer, dan wat ook de nauwkeurig voelende vinger kan herkennen.

Men heeft zich dus in alle gevallen, waarbij vermoeden bestaat op carcinoma uteri, door mikroskopisch onderzoek zekerheid te verschaffen. Dat het mikroskoop die in de groote meerderheid der gevallen geven kan, heeft in onzen tijd geen betoog meer noodig [1]).

[1]) De medicus, die bij vaststaande diagnose in een operabel geval de operatie afraadt (vergelijk het geval van Dr. Stratz, p. 288) behoort gelukkig tot de categorie die uitsterft.

Het verkrijgen van materiaal voor dit onderzoek is eenvoudig genoeg. Bij het corpus-carcinoom verschaft de curette het benoodigde weefsel. Bij verdachte erosie wordt een wigje uitgesneden uit de meest bedenkelijke plek. Het cervix-carcinoom wordt òf van uit de cervix met de curette, òf door de portio heen met het mes bereikt. Gelukt het, weefsel uit de cervix uit te krabben, dan is dat reeds een veeg teeken, daar dit met het gezonde cervixweefsel niet gelukt. Vereischte is, dat het voor onderzoek bestemde weefsel versch in de hardingsvloeistof wordt gebracht (liefst 4 $^0/_0$ formaline).

De techniek van het vervaardigen der mikroskopische coupes is vrij eenvoudig. Lastiger is de beoordeeling van het histologisch beeld. De typische gevallen zijn niet moeilijk te herkennen, zooals een enkele blik op plaat III doet zien. Fig. 1 is een onschuldige, fig. 2 en fig. 3 zijn kwaadaardige woekeringen van het uterus-slijmvlies.

In fig. 1 zien wij de bekende hyperplasia mucosae uteri. De klieren zijn vermeerderd in aantal en sommigen verwijd van lumen, doch overigens zonder afwijking.

In fig. 2 ziet men het epithelium der klieren atypisch woekeren en in meerdere lagen den wand bekleeden; in een paar klieren is het lumen geheel met cellen gevuld. Wij hebben hier met een adenoma malignum te doen.

Fig. 3 is een echt carcinoom. Klieren ziet men niet meer; de holten in het stroma zijn met nesten van epitheelcellen gevuld.

Beelden, die zoo typisch zijn als deze, leveren ook voor een minder geoefend oog geen moeilijkheden op. Waar het geldt een beginstadium te diagnostiseeren, is de beoordeeling echter zoo eenvoudig niet. Dan is er oefening en veel oefening noodig om een beslissende uitspraak te kunnen doen. De diagnose der twijfelachtige gevallen zal daarom moeten blijven berusten bij den specialist, liefst bij den gynaecoloog die tevens histoloog is.

Over de operatieve therapie en haar techniek ten slotte slechts een enkel woord.

Onze enquête levert voor de radicale operatie een mortaliteitscijfer van 11 $^0/_0$. Al heeft dit cijfer slechts betrekkelijke waarde, omdat het de resultaten van verschillende operateurs en verschillende operatie-methoden nivelleert, het geeft toch een juiste maat voor wat bij den tegenwoordigen stand van zaken feitelijk wordt bereikt. En dat is minder dan het kon en moest zijn.

Het is bekend, dat de radicale operatie in de laatste jaren bij voorkeur langs de vagina geschiedt, en dat deze vaginale operatie een vrij gering sterftecijfer geeft (gemiddeld 5 $^0/_0$). Sommige operateurs zijn echter in den laatsten tijd weer tot de abdominale methode teruggekeerd, deels omdat langs dezen weg gevallen geopereerd

Fig. 1.



Fig. 2

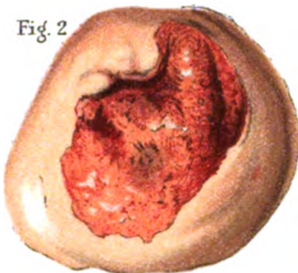


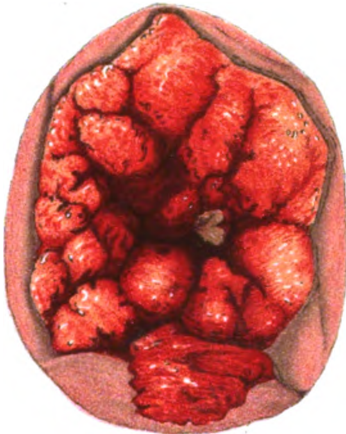
Fig. 4.



Fig. 5.



Fig. 3.



P.W.M.Trap impr.

Fig. 1.

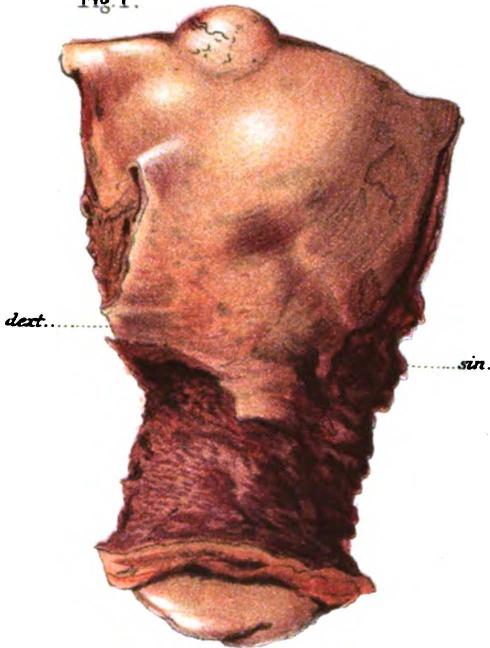


Fig. 2.

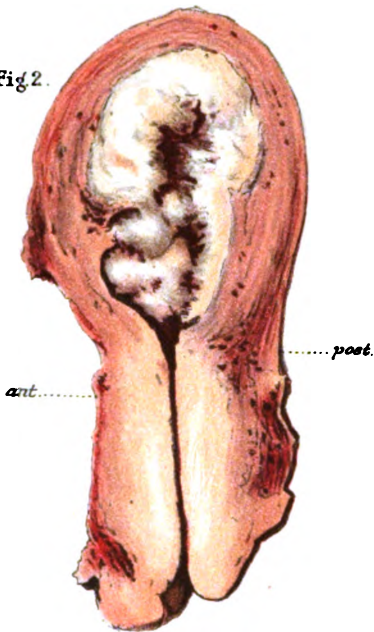
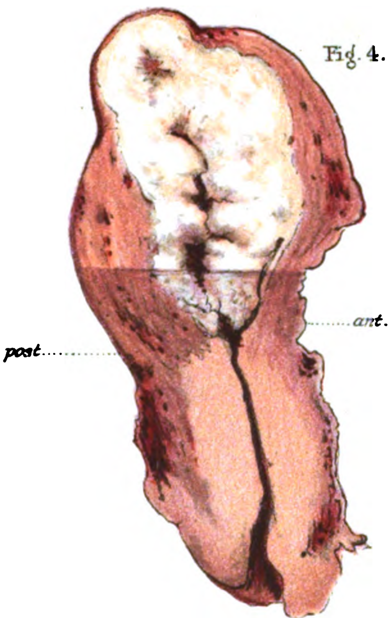


Fig. 3.



Fig. 4.



P.W.M. Trap impr.

Fig. 1.

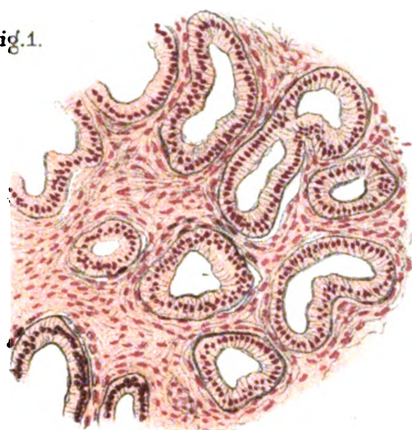
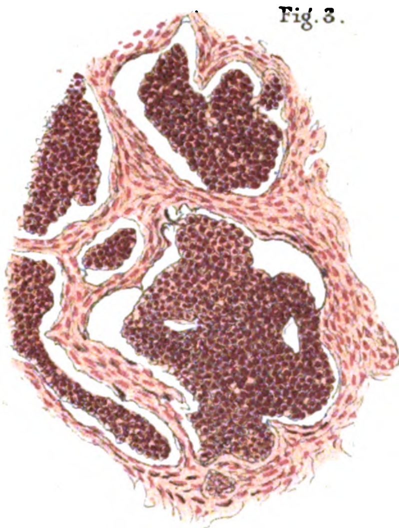


Fig. 2.



Fig. 3.



P. W. M. Trap impr.

kunnen worden, die voor de vaginale exstirpatie te ver gevorderd zijn, deels omdat de abdominale weg beter overzicht van het operatieterrein en grooter kans geeft het zieke weefsel geheel te verwijderen. De abdominale operatie heeft echter een veel hooger mortaliteitscijfer, terwijl de hoop, om langs dezen weg het aantal recidieven te beperken, tot dusverre niet is vervuld. Het laatste is geheel verklaarbaar uit het feit, dat de abdominale operatie in den regel bij de ongunstigste gevallen wordt verricht.

Wanneer wij nu kunnen bereiken, dat het carcinoom in een vroeger stadium wordt herkend, dan zal het gevolg wezen, dat het aantal voor vaginale operatiën geschikte gevallen grooter wordt, en dat de abdominale operatie, bij lichtere gevallen toegepast, haar hoog mortaliteitscijfer verliest.

Het aantal inoperabele gevallen (nu 66 $^0/_0$) dat den specialist onder de oogen komt, zal afnemen.

Het globaal sterftecijfer der operatie (nu 11$^0/_0$) zal dalen.

Het aantal recidieven (nu minstens 46$^0/_0$ van de operatief genezenen) zal minder worden, en het totaalcijfer der radicaal genezen (nu slechts 10$^0/_0$ van het totaal-cijfer der patiënten) zal klimmen.

Daarheen moet het gemeenschappelijk streven worden gericht.

Wij roepen daartoe de medewerking in van alle geneeskundigen in Nederland.

Namens de Gynaecologische Vereeniging:

Prof. B. J. KOUWER, *Voorzitter.*
Dr. CATHARINE VAN TUSSENBROEK, *Secretaresse.*
Dr. C. H. STRATZ.

Amsterdam, October 1902.

VERSLAG VAN HET BEHANDELDE

in de Vergaderingen van October en November 1902,

DER

NEDERLANDSCHE GYNAECOLOGISCHE VEREENIGING

TE AMSTERDAM.

Vergadering van Zondag 19 October 1902.

Voorzitter: Prof. KOUWER.
Secretaresse: Dr. CATHARINE VAN TUSSENBROEK.

Na 't openen der Vergadering wijdt de Voorzitter een woord vaı eerbiedige hulde aan de nagedachtenis van Prof. Stokvis, van wiens plotseling verscheiden de schok nog pijnlijk natrilt door de geheele geneeskundige wereld van Nederland.

De werkzaamheden worden daarop aangevangen met een huishoudelijke mededeeling betreffende het door de Gynaecologische Vereeniging te publiceeren artikel over de carcinoom-quaestie.

De Secretaresse herinnert aan de lotgevallen, die dit artikel reeds vóor zijn geboorte heeft doorleefd: aan het besluit onzer Vereeniging, in de vergadering van Mei 1900 genomen; aan de ingestelde enquête, waarvan het resultaat (13 circulaires loopende over 372 gevallen) nu onlangs door het in de dissertatie van Jorritsma uitgewerkte materiaal van de Amsterdamsche vrouwenkliniek tot 623 gevallen is aangevuld.

Eerst nà 't verschijnen van die dissertatie kon het stuk in elkaar worden gezet, en dit is nu geschied. Daar de drie platen, die volgens het besluit, genomen in de Vergadering van 15 Dec. 1901, aan het artikel zullen worden toegevoegd, reeds lang op steen staan, kan het afdrukken en verzenden nu binnen kort van stapel loopen.

In het stadium waarin het werk nu is gekomen, is een kostenraming mogelijk. Deze is door het Bestuur gevraagd en, bij benadering, door den heer Tadema opgemaakt. Die kosten-berekening nu valt niet mee; zij bedraagt circa *f* 600. Het scheen daarom wenschelijk dit in de Vergadering ter sprake te brengen, alvorens tot afdrukken werd overgegaan.

De Voorzitter voegt hier aan toe, dat het bedrag van *f* 600 niet door de kas der Vereeniging kan worden gedekt. Uit het verslag van den Penningmeester, dat door diens afwezigheid eerst in de volgende vergadering zal worden voorgelezen, blijkt nl. dat de

Vereeniging niet meer dan *f* 200 rijk is. De ontbrekende *f* 400 zullen dus door hoofdelijken omslag over de leden gevonden moeten worden. Wanneer ieder lid *f* 8 bijdraagt, is het tekort gedekt. Spreker is overtuigd, dat het den meesten leden aangenaam zal zijn, op deze wijze het werk der Vereeniging te kunnen steunen. Op de enkelen, die wellicht tegen den hoofdelijken omslag bezwaar zouden maken, wenscht het Bestuur echter volstrekt geen pressie uit te oefenen. Het voorstel is dus, om de bijdrage facultatief te laten, en niemand te dwingen.

Naar aanleiding van dit voorstel ontspint zich een korte discussie. Dr. van de Poll oppert het denkbeeld om den finantieelen steun te vragen van de Maatschappij tot bevordering der Geneeskunde, en Dr. Schoemaker stelt voor een poging te doen om het stuk geplaatst te krijgen in het Weekblad. De zekerheid dat beide plannen, bij geringe kans van slagen, een langdurig uitstel ten gevolge zullen hebben, voert evenwel tot het besluit, dat de Gynaecologische Vereeniging beter doet op eigen krachten te steunen.

Op voorstel van den Voorzitter wordt nu besloten, dat van de leden, voor zooverre zij zich daar niet aan wenschen te onttrekken, een hoofdelijke omslag van *f* 8 zal worden geheven. De vraag van Dr. Stratz, of ook grootere bijdragen worden geaccepteerd, ontvangt van den Voorzitter een bevestigend antwoord.

Daarop brengt de heer Kouwer, in zijn qualiteit van afgevaardigde naar het Congres te Rome zijn verslag uit. Van de aan de orde gestelde wetenschappelijke onderwerpen was het eerst aan de beurt de medische (interne) indicatie tot het onderbreken der zwangerschap.

Pinard acht tuberculose nooit een indicatie, hartsgebreken hoogst zelden. In 10 jaar tijds heeft hij dit middel op 23000 gravidae 20 maal toegepast. Rein verrichtte de operatie drie, vier maal zoo vaak.

Rein noemt de operatie de meest sympathieke, Pinard de meest onsympathieke. Een polsfrequentie die boven de 100 stijgt geeft voor Pinard bij zwangerschapsbraken, bij bloeding enz. den doorslag tot de operatie.

Schauta toonde zich uiterst gematigd en verstandig in zijn opvatting; hij verlangt zeer streng individualiseeren en wijst er op, dat de gevaren der geprovoceerde baring als zoodanig veel te veel worden onderschat. Hij vreest van deze therapie veel nadeel.

Hofmeier beperkte zich in zijn referaat tot de nier; zwangerschapsnier en chronische nephritis kunnen indicatie geven tot partus provocatus; acute nephritis nagenoeg nooit.

Het tweede officieele onderwerp was de hysterectomie ter genezing van puerperale infectie.

Het standpunt door Treub in zijn referaat ontwikkeld, mag hier wel als bekend worden ondersteld.

Fehling en Leopold stellen de indicatie al niet veel ruimer, maar hopen in de toekomst nog veel van de exstirpatie van gethromboseerde geïnfecteerde venae.

Tuffier stelt de grens iets ruimer, maar oordeelt te vroeg opereeren een misdaad, te laat opereeren nutteloos — en erkent de groote moeilijkheid van het besluit tot opereeren.

Over het derde onderwerp, de genitaal-tuberculose gaf Amann een voortreffelijk rapport; vooral wat betreft de pathologische anatomie. Amann betwijfelt het bestaan eener primaire genitaaltuberculose. In de overgroote meerderheid der gevallen leidt hij de infectie der genitalia af van elders bestaande lymphkliertuberculose.

Martin en Veit gelooven wèl aan primaire genitaaltuberculose; zij meenen, dat de infectie 't meest van uit den darm tot stand komt, minder vaak een haematogene of metastatische is.

In de vierde plaats was aan de orde de operatieve behandeling van het uterus-carcinoom. Wertheim, Jonnesco, Freund en Cullen pleiten krachtig voor de abdominale totaal-exstirpatie met lymphklier-exstirpatie. Cullen rekent zelfs voor de toekomst op 50°/₀ genezingen!

Pozzi was zeer terughoudend, zelfs pessimistisch te dien opzichte. Hij meent, dat de beteekenis der lymphklier-metastasen zeer overdreven wordt.

Onder de niet-officieele voordrachten verdient als curiosum vermeld te worden een nieuwe theorie van Johnstone over het menstruatie-proces. Dit zou een gevolg zijn van de verticale positie.

Wat de feestelijkheden betreft, daarover is weinig goeds te zeggen. Er ontbrak veel aan de voorbereiding. De spoorwegfaciliteiten bijv. hebben de grootste difficulteiten gegeven. De ontvangst der officieele personen liet zeer veel te wenschen over, zoodat men van dit gedeelte van 't congres niet anders kan zeggen, dan dat het slecht was georganiseerd.

Dr. Mendes de Leon voegt aan dit verslag nog toe, dat het volgend congres in Rusland zal worden gehouden.

Als resultaat van de intusschen schriftelijk gehouden bestuursverkiezing blijkt, dat gekozen is tot Voorzitter prof. Treub, terwijl de beide herkiesbare leden van het Bestuur zijn herbenoemd.

Hierop verkrijgt prof. Nijhoff het woord. Hij demonstreert:

a. een uterus (haematometra bij cervixcarcinoom) door abdominale totaalexstirpatie weggenomen, bij een 59-jarige nullipara. Met 51 jaar menopause, voor twee jaar eerste bloeding, acht maanden later tweede bloeding, daarna intermitteerend om de drie weken, sinds zes weken voortdurend bloedverlies.

Onderzoek leerde: vulva atrophisch, vagina zeer nauw, portio vaginalis klein en conisch, ostium externum gaat, corpus uteri vergroot, elastisch. Proefcurettage gaf uit de cervix brokkelig weefsel, dat bleek te zijn adenocarcinoom.

Wegens engte der vagina en vergrooting van den uterus een week na de opname: abdominale totaalexstirpatie (19 Aug. 1902). Eerst wordt de uterus van de blaas losgepraepareerd. Daarop worden de ligamenta lata en rotunda en de arteriae uterinae onderbonden. Vervolgens wordt de vagina links vóór geopend en de uterus van de vagina losgeknipt. Hierbij scheurt door trekken aan een haaktang de uteruswand en loopt een groote massa donkerbruin vloeibaar, teerachtig bloed uit den uterus. Na verwijdering van den uterus en reiniging van de peritoneaalholte wordt eerst de vagina door een beursnaad gesloten en hierover het peritoneum van rechts naar links in toto gehecht. Daarna wordt de buikwand gesloten. Peritoneaalnaad en fascianaad doorloopend met catgut. De buikwond wordt gekramd.

Ongestoord wondverloop. Pat. werd zeven weken na de operatie ontslagen.

b. een uterus gravidus met carcinoom van de achterlip der portio vaginalis, door vaginale totaalexstirpatie verwijderd bij een 34jarige multipara. Vader overleden aan maagkanker, moeder gezond.

Pat. heeft tien kinderen gehad, het laatste kind is voor negen maanden geboren. Het kind is zes maanden lang gezoogd. Zes weken post partum menstruatie, anders gedurende het zoogen nooit. Sinds negen weken bijna aanhoudende bloeding, nu eens meer dan eens minder; als patiënt niet of weinig vloeit heeft zij sterke leucorrhoe met onaangenamen geur. Patiënt is in den laatsten tijd slap en mager geworden.

Bij onderzoek blijkt: uterus gravidus beantwoordende aan zwangerschap van ongeveer vier maanden. Bij vaginaal onderzoek blijkt de achterlip van de portio vaginalis veranderd in een walnootgrooten, ulcereerenden en gemakkelijk bloedenden tumor. De voorlip is gezond, de uterus is zeer goed bewegelijk.

Vaginale uterusexstirpatie (12 Aug.) met ligaturen. De uterus liet zich zeer gemakkelijk door de wond in de vagina naar buiten brengen en de geheele operatie kon gemakkelijk zonder stoornis worden getermineerd. Gedurende de eerste week had patiënt bij euphorie wat koorts, die na het verwijderen van den vaginaaltampon en irrigatie ophield. Na zestien dagen waren de ligaturen met de necrotische weefselstompen uitgestooten. Pat. werd vier weken na de operatie in zeer goeden welstand ontslagen. In de vagina geen wond meer.

c. Photogrammen van een patiënt met spondylolisthesis, bij wie spreker den 17 Juli sectio caesarea deed met longitudinale incisie van voorwand van den uterus tot over den fundus. De rand der placenta werd even geraakt. Bloeding gering. Kind, na breken der vliezen geëxtraheerd, is apnoïsch. De placenta en eivliezen werden manueel verwijderd. Uteruswand met diepe en seroso-sereuse zijden hechtingen gesloten. Buikwand gesloten op de gewone wijze in drie étages (peritoneaalnaad en fascianaad doorloopend met catgut, buikwond met twee zijden hechtingen en krammen). Verloop post operationem afebriel. Na negen dagen verwijdering der krammen en zijden hechtingen.

10e dag avondtemperatuur 38°, 11e dag 38,°5, 12e dag 38,°1, 13e dag 38,°2, met toenemende polsversnelling van 90 tot 110. Phlegmasia alba, na 14 dagen teruggegaan. Het kind leefde maar had pes varus (bij vrij veel vruchtwater).

Het geval zal uitvoeriger worden gepubliceerd.

Naar aanleiding van het tweede geval (zwangerschap met cervixcarcinoom) vraagt Dr. Mendes de Leon, welke indicatie er bestond om hier de totaalexstirpatie te doen vóor het normale einde van de zwangerschap. Als hij goed heeft verstaan, dan was het carcinoom nog in het beginstadium; had men in dit geval ook niet rekening moeten houden met het leven van de vrucht?

Prof. Nijhoff stelt zich op het standpunt: bij een operabel carcinoom is elke dag uitstel noodeloos tijdverlies. Dit zal vermoedelijk ook wel de tendenz zijn van het geschrift, dat de Gyn. Vereeniging op 't punt staat in 't licht te geven. Wanneer spreker de garantie had gehad, dat het carcinoom operabel zou blijven totdat de vrucht levensvatbaar was, dan zou hij daarop hebben gewacht. Die garantie had hij echter allerminst. De ervaring leert, dat carcinomen tijdens de zwangerschap als regel snel gaan groeien. Volgens Zweifel zou de nieuwvorming zich elke veertien dagen een centimeter uitbreiden. De kans is groot van uitbreiding in het parametrium, misschien ook in de vagina. Spreker vindt het een eersten plicht te zorgen, dat een operabel carcinoom niet wordt tot een inoperabel carcinoom.

De heer van de Velde kan toch het standpunt van den heer Nijhoff niet geheel deelen. Er was hier sprake van een pas beginnend carcinoom van den achterwand van de cervix. De mogelijkheid, dat wij hier met een langzaam groeiend carcinoom te maken hadden, was dus niet uit te sluiten. Spreker zou liever de zaak een paar weken in observatie hebben gehouden en eerst tot exstirpatie zijn overgegaan bij gebleken snellen groei.

De heer Oidtman meent, dat wij zooveel mogelijk ons hande-

len moeten richten naar vaststaande gegevens. Het is daarom wenschelijk de waarde-bepaling van het leven van moeder en kind in cijfers te brengen ten einde die met elkander te kunnen vergelijken. Spreker heeft in de mededeeling van Prof. Nijhoff deze overweging gemist. Waren er sociale omstandigheden die de waarde van het leven der moeder verhoogden en die van het kind verkleinden? Hoe schat de heer Nijhoff het leven van de moeder nà carcinoom-operatie? Hoe zou het staan met de levenskansen van het kind, als men de operatie had uitgesteld tot dit nagenoeg à terme was? Daar het onze taak als medici is het leven onzer medemenschen zoo lang mogelijk te bewaren, meent spreker dat de door hem te berde gebrachte overwegingen in een geval als dit niet kunnen worden gemist.

De heer Driessen meent, dat ter wille van het kind een palliatieve operatie — de hooge portio-amputatie —, geïndiceerd zou zijn geweest. Eventueel had men later, nà de geboorte van het kind, nog totaalexstirpatie kunnen doen.

De heer Holleman vraagt of Prof. Nijhoff als regel met de carcinoom-operatie een week wacht, nadat de patiënte in de kliniek is opgenomen. Dit dunkt hem niet in overeenstemming met het principe van zoo snel mogelijk opereeren.

De heer Kolff zegt: er wordt veel waarde gehecht aan het leven van het kind; er is echter veel kans, dat dit kind in voortdurenden angst zou leven voor carcinoom, en dat is een ongelukkig bestaan. Moet er met de minderwaardigheid van zulk een leven geen rekening worden gehouden?

Dr. Mendes de Leon is van het goed recht der indicatie van Prof. Nijhoff nog niet overtuigd. Bij niet met zwangerschap gecompliceerd carcinoom spreekt het van zelf, dat men zoo spoedig mogelijk ingrijpt. Doch hier staan wij voor eene andere quaestie. De vraag is, hoe lang een carcinoom operabel blijft. Ook bij beweeglijken uterus blijft er een groote kans op recidief; wij hebben dus geen zekerheid, dat wij de moeder redden, door het kind op te offeren. Wij mogen daarom niet zoo licht heenstappen over 't leven van het kind, zoolang wij niet de absolute overtuiging hebben, dat de moeder bij uitstel verloren is.

De heer Schoemaker wil een illustratie geven van het snelle verloop, dat een uterus-carcinoom kan nemen. Hij heeft onlangs een patiënt gezien met een inoperabel carcinoom. Die patiënte was vier maanden geleden door een conscientieus medicus onderzocht; destijds bestond er nog geen enkel symptoom van carcinoom.

De heer Kouwer zegt, dat de eisch door Dr. Oidtman gesteld zeer schoon klinkt, maar in de praktijk meestal wel onuitvoerbaar zal

zijn. Wij allen weten, dat het uterus-carcinoom een verbazend slechte prognose geeft. Alleen bij bijzonder vroeg herkende en geopereerde gevallen bestaat er kans op radicale genezing. Heeft men het voorrecht, een dergelijk gunstig geval te ontmoeten, dan mag men de gelegenheid om bijtijds te opereeren niet laten ontsnappen. Met palliatieve operaties bereikt men niets, en een hooge portio-amputatie geeft alle kans op abortus.

Den heer Nijhoff doet het genoegen, dat Prof. Kouwer zich bij zijn indicatie aansluit. Den heer Driessen kan het wel geen ernst zijn in het belang van het kind een hooge portio-amputatie voor te stellen, daar men hierbij al heel weinig kans heeft het kind te behouden. Den heer Oidtman antwoordt Spreker dat hij in 't gegeven geval te doen had met een krachtige gezonde vrouw, die over niets dan vloeiingen had te klagen. De sociale waarde van de patiënte was dus zeker groot. Terwijl de heer van de Velde wilde wachten tot het kind levensvatbaar was, bedoelt de heer Oidtman een uitstel tot het kind nagenoeg voldragen zou zijn; wat dus beteekent, dat men de operatie vier maanden had moeten uitstellen. Spreker betwijfelt, of een der aanwezigen op zijn verantwoording zou hebben durven nemen, om tot deze patiënte te zeggen: kom over vier maanden terug. De garantie, dat het carcinoom over vier maanden nog operabel zal zijn, kan niemand geven, ook Dr. Mendes niet, die het sterkst tegen zijne indicatie heeft geopponeerd. Tot den heer Holleman zegt spreker dat het uitstel van een week tusschen opname en operatie met de vacantie samenhing.

Hierop doet Prof. Kouwer nog een vraag naar aanleiding van het geval van spondylolisthesis. Was er eenigerlei oorzaak bekend? en op welken leeftijd was het ontstaan?

Prof. Nijhoff antwoordt, dat de oorzaak onbekend was; er is geen trauma in de anamnese.

Dr. Stratz vraagt naar aanleiding van het eerste geval (carcinoom van de cervix met haematometra) of de tubae te zien waren, en of er wellicht een haematosalpinx bestond.

Prof. Nijhoff antwoordt, dat er geen haematosalpinx bestond, en evenmin perimetritische adhaesies.

De heer van de Velde demonstreert hierop gonococcenculturen, op agar-agar gekweekt volgens een nieuw procédé. Tot dusverre gelukte het kweeken van gonococcen op agar niet. Men behoefde moeilijk samenstelbare kweekbodems; bloedserum of urine-agar. Door een zeer eenvoudige wijziging gelukt het nu de gonococcen op agar te kweeken. Men heeft nl. slechts te zorgen, dat de agar in plaats van alkalisch, juist even zuur reageert. In plaats van de volle hoeveelheid natronloog, vereischt om de agar even alkalisch

te maken, voegt men $^{3}/_{4}$ van deze hoeveelheid toe. Deze modificatie door Thalmann gevonden, maakt de agar tot een voortreffelijke voedingsbodem voor gonococcen. Wanneer men een weinig secreet van de urethra dat te weinig gonococcen bevat om hen onder 't mikroskoop te herkennen, op deze agar uitstrijkt, verkrijgt men na 24 uur een fraaie reincultuur van gonococcen. Laat men het condensatie-water over de entstreep loopen, dan verkrijgt men een regelmatige verspreiding van de gonococcenculturen over de geheele agaroppervlakte.

Ten einde de culturen te photographeeren kan men ze overgieten met een slappe oplossing van methyleenblauw. De agar wordt dan zeer zwak, de culturen worden sterk gekleurd.

Voor den practicus heeft de Thalmann-agar groote waarde, daar de zoo uiterst moeilijke diagnose van chronische gonorrhoe er heel gemakkelijk door wordt.

Als er in een secreet gonococcen zitten, al zijn zij nog zoo spaarzaam, dan komen zij er met Thalmann-agar uit.

Ten slotte vertoont Prof. Kouwer het praeparaat van een puerperalen uterus met cervixcarcinoom dat het scheedegewelf nog niet bereikt had. De patiënte werd in partu binnengebracht. De vrees, dat de carcinomateuse cervix bij het doortreden van het hoofd zou inscheuren en tot ernstige bloeding voeren werd gelukkig niet bewaarheid. Er bleek, na de geboorte van het eerste kind, nog een tweede in utero te zijn. Dit werd na een uur aan den voet geëxtraheerd. Het tweede kind, dat bij nakomend hoofd met den mond gestreken is langs het carcinoom, stierf na een paar dagen aan dubbelzijdige pneumonie. Het eerste kind bleef gezond.

Waren de omstandigheden gunstig geweest, dan had spreker dadelijk post partum geopereerd. Bij avond, in een slechte atmospheer, durfde hij dit niet wagen. De uterus werd dus voorloopig met vioformgaas getamponneerd. Den volgenden morgen werd de uterus per laparotomiam geëxstirpeerd, waarbij vooral, naast den bloedrijkdom, het sterke oedeem van 't celweefsel in 't oog viel.

Pat. is nu zwak, maar herstellende. Op een vraag van een der aanwezigen naar de anamnese deelt spreker mede, dat pat. tien jaar getrouwd was, en zeven kinderen had, waarvan het jongste vijftien maanden oud.

De laatste zwangerschap was tot de zesde maand zonder stoornis verloopen. Toen trad bloeding op. De patiënte werd door haar geneesheer niet onderzocht. Vermoedelijk zou het carcinoom bij onderzoek vroeger zijn herkend, en had de operatie dan vroeger, en dus met beter kans op radicale genezing, kunnen geschieden.

Daar de tijd verstreken is, wordt hierop de vergadering gesloten.

Vergadering van Zondag 16 November 1902.

Voorzitter: Prof. TREUB.

Secretaresse: Dr. CATHARINE VAN TUSSENBROEK.

Na 't openen der Vergadering brengt de nieuwe Voorzitter een woord van hulde aan den aftredenden Voorzitter prof. Kouwer, die twee jaren lang met beleid de teugels van 't bewind heeft gevoerd. Tevens zegt hij de carcinoom-commissie dank voor den door haar volbrachten arbeid.

De rekening en verantwoording van den Penningmeester wordt daarna, onder dankzegging voor diens ijverige bemoeiingen, goedgekeurd.

Vervolgens wordt Dr. C. M. Hartog te den Haag, als lid der Ned. Gyn. Vereeniging aangenomen.

Dr. de Josselin de Jong verkrijgt nu het woord voor eenige algemeene opmerkingen naar aanleiding van de gevallen van sarcoma uteri, in de Mei-vergadering medegedeeld. Spreker betreurt het groote tijdsverloop tusschen deze mededeeling en de epikrise, die hij heden wenscht te geven. Om aan het geheugen zijner hoorders tegemoet te komen, heeft hij zijne mikroskopische praeparaten en teekeningen nogmaals medegebracht.

Spreker wenscht in de eerste plaats de aandacht te vestigen op de differentieel-diagnose tusschen carcinoom en sarcoom.

Beide zijn maligne nieuwvormingen opgebouwd uit parenchym en stroma; doch terwijl deze beide tumor-bestanddeelen bij het carcinoom streng gescheiden zijn, bestaat tusschen beide een innig verband bij het sarcoom.

In het parenchym van het carcinoom vindt men geen vaten; bij het sarcoom is dit wèl het geval.

Het carcinoom is regelmatig vergezeld van ontsteking; bij het sarcoom vindt men deze alleen aan de grens van de nieuwvorming, wanneer daarop prikkelende invloeden hebben ingewerkt.

Het sarcoma uteri moet onderscheiden worden in

a. sarcoom van het slijmvlies;

b. sarcoom van den uteruswand.

Het sarcoom van het slijmvlies is gekarakteriseerd door polymorphie van cellen en kernen, wat licht aanleiding geeft tot verwarring met carcinoom.

Het sarcoom van den uterus-wand daarentegen kenmerkt zich door isomorphie van de cellen.

Bij het slijmvliessarcoom heeft men te onderscheiden:

a. het sarcoom met groote cellen, verschillend in vorm en grootte;

b. het reuzencellen-sarcoom, waarbij een deel der cellen heel groot en veelkernig wordt;

c. het kleincellig rondcellen-sarcoom. Hierbij vindt men een innig verband van het parenchym met het fijne fibrillaire stroma;

d. het cilindroma — een sarcoom met vaatwoekering, waarbij de gewoekerde vaten omgeven zijn door groote, dikke hyaline mantels. Niet zelden is het lumen van het vat geobliteerd. Bij uitpenseelen komen de vaten als saamverbonden vertakkingen voor den dag, welke alleen door een hyalinen mantel zijn omgeven. Er kan groote overeenkomst bestaan met een myxo-sarcoom. De hyaline mantel ontstaat volgens sommigen uit het perivasculaire weefsel: volgens anderen uit den wand-zelf van het vat.

De differentieel-diagnose tusschen carcinoom en sarcoom kan groote moeilijkheden opleveren. Klinisch is zij meestal onmogelijk; zij berust dus bij het mikroskoop. En ook mikroskopisch is zij aan het uitgekrabde weefsel vaak niet te stellen. Men komt meestal niet verder, dan dat men een maligne nieuwvorming diagnostiseert. Het verdient daarom aanbeveling nà de exstirpatie van het orgaan het mikroskopisch onderzoek te hervatten. Dit is belangrijk èn voor de prognose èn voor de wetenschappelijke zijde van de quaestie. De frequentie-verhouding van het carcinoom en het sarcoma uteri is nl. nog een open quaestie; sommigen geven de verhouding als 1 : 50, anderen als 1 : 24.

Het sarcoom van den uterus-wand is gekarakteriseerd door isomorphie en minder groote kwaadaardigheid. Dat het sarcoma uteri als zoo bijzonder kwaadaardig te boek staat, kan wellicht daarmee samenhangen, dat het vaak ontstaat door maligne degeneratie van een fibromyoma uteri. Daar myomen in 't algemeen als goedaardig worden beschouwd en dus door velen palliatief worden behandeld, gebeurt het vaak, dat het door het oorspronkelijk aanwezige fibromyoom gemaskeerde sarcoom eerst in een zeer laat stadium tot operatie komt, te laat om de patiënte te redden Zoo komt het sarcoom aan zijn slechte reputatie.

Klinisch moet men aan de mogelijkheid van sarcomateuse degeneratie van een fibromyoom gaan denken:

1. Als het fibromyoom in de menopause gaat groeien.
2. als nà het climacterium bloedingen optreden.
3. als de patiënte cachectisch wordt.
4. als ascites optreedt.
5. bij snelgroeiende, weeke tumoren,
6. als nà wegname van een fibreuse polyp zich snel een tweede polyp ontwikkelt.

De metastasen bij sarcoom treden vooral in de longen op,

wat begrijpelijk is, daar zij zich langs de bloedbaan verspreiden.

De o a. door Schroeder verdedigde meening, dat alle sarcomen van den uterus-wand uit fibromyomen ontstaan is niet juist; er komen gevallen voor waar zij ontwijfelbaar hun oorsprong nemen uit het bindweefsel tusschen de spierbundels. Is het sarcoom door een kapsel omgeven, dan mag men wel aannemen, dat het uit een fibromyoom is ontstaan.

Het rondcellen-carcoom is per se een genuine sarcoom.

Het spoelcellen-carcoom alleén dan, als er geen kapsel bestaat, en als de overgang van spiercellen in sarcoomcellen niet kan worden aangetoond.

Wat het slijmvlies betreft bij sarcoom van den wand, dit kan òf gewoekerd òf atrophisch zijn; dit hangt er van af, of het sarcoom van den wand àl of niet drukking op het slijmvlies uitoefent.

Spreker eindigt met een krachtig pleidooi voor histologisch onderzoek, waarbij hij zich geheel aansluit bij de publicatie, van wege de Ned. Gyn. Vereeniging aan de Nederlandsche Geneeskundigen gericht.

De heer Schoemaker zegt, dat de vorige spreker bij het verschil tusschen carcinoom en sarcoom zich geheel bij de morphologie heeft bepaald en het fundamenteele verschil onaangeroerd heeft gelaten. Hoe is het met de genese van het sarcoom gesteld? Heeft hij overgangen uit endotheelcellen kunnen vinden?

De heer de Josselin de Jong repliceert, dat dit zeer verschillend was. In het praeparaat van Renssen kon hij duidelijk den overgang vinden der stroma-cellen van het slijmvlies in sarcoomcellen. Bij andere is hem dit niet gelukt. Zijns inziens moet men zich aan het morphologische standpunt van Hansemann houden. Het is zeer wel mogelijk dat hetzelfde histologische beeld uit verschillenden oorsprong ontstaat. Die oorsprong is in vele gevallen onmogelijk na te gaan.

De heer Treub wil gaarne van het histologische deel van de voordracht de juistheid aannemen; doch de klinische wenken, die de Spreker er aan vastknoopt, zou hij gaarne aan een revisie willen onderwerpen. De heer de Josselin de Jong noemt haemorrhagieën in de menopause als symptoom van sarcomateuse degeneratie van een myoom. Het komt hem voor, dat deze moeilijk kunnen veroorzaakt worden door sarcomateuse degeneratie van een tumor binnen den wand; dit wordt alleén mogelijk als deze tot nekrose van het slijmvlies voert.

Dat *weekheid* van een fibromyoma uteri op sarcomateuse ontaarding zou wijzen is bepaald onjuist. Het is een bekend feit, dat weekheid van een fibromyoma uteri, behalve van oedemateuse

zwelling of van lymphangiectasieën, voornamelijk daarvan afhankelijk is, dat in den tumor het spierweefsel overweegt. Weeke fibromyomen zijn daardoor bij uitstek geschikt voor behandeling met ergotine-injecties, en behooren juist tot die tumoren, waar men bij voorkeur niet zal beginnen met een operatieve therapie.

Wat eindelijk de ascites betreft, spreker kan zich niet voorstellen dat een maligne degeneratie deze zou teweeg brengen, zoolang die niet aan den buitenkant van den tumor komt. Ascites komt nu en dan bij onschuldige fibromyomen voor, bepaaldelijk bij harde, gesteelde subsereuse tumoren, die vermoedelijk mechanisch het peritoneum prikkelen. Ascites is dus bij fibromyomen geen kenmerk van maligniteit.

De heer de Josselin de Jong is zich zeer wel bewust, dat het klinische deel van zijn betoog het zwakste is. Hij kan in dit opzicht niet over eigen ervaring beschikken, en heeft deze dingen overgenomen uit het handboek van Veit. Het optreden van bloedingen bij sarcomateuse ontaarding van een myoom meende hij te kunnen verklaren uit den daarmede gepaard gaanden snellen groei, waardoor de mucosa zou worden geprikkeld.

Wat de weekheid als kenmerk van sarcomateuse ontaarding betreft, heeft hij zich waarschijnlijk onjuist uitgedrukt. Niet de weekheid als zoodanig, maar het feit, dat een aanvankelijk hard fibromyoom later week gaat worden is suspect voor sarcoom.

Ascites door sarcomateuse ontaarding meende hij te kunnen verklaren uit een prikkel tot vochtafscheiding, die bij het maligne worden van de cellen zou ontstaan, evenals de carcinoomcel een ontstekingsprikkel op de omgeving uitoefent.

Prof. Treub geeft toe, dat het weeker worden van een fibromyoom een indicatie kan zijn tot opereeren. In de meeste gevallen zal het afhankelijk zijn van nekrose en verweeking van den tumor; komt er de kans op sarcomateuse degeneratie nog bij, dan versterkt dit de indicatie.

Wat de ascites betreft, komt hem de door Dr. de Josselin de Jong gepostuleerde prikkel tot vochtafscheiding bij sarcomateuse degeneratie zeer hypothetisch voor. Even regelmatig als ascites voorkomt bij carcinomateuse degeneratie van ovariaaltumoren, even zeldzaam is zij bij myomen, ook bij zulke met sarcomateuse degeneratie. Spreker heeft ascites hier slechts bij uitzondering gezien.

De heer de Josselin de Jong zegt, dat hij uit de gevoerde discussie een anderen indruk krijgt, dan uit de literatuur. Laatstgenoemde heeft hem den indruk gegeven, dat de meeste sarcomen van den uteruswand gedegenereerde myomen zijn. Heeft prof. Treub de ervaring opgedaan, dat dit een zeldzaamheid is?

De heer Treub antwoordt, dat sarcomateuse degeneratie van myomen inderdaad zeldzaam is.

De heer Kouwer sluit zich hierbij aan. Hij vraagt, of Dr. de Josselin de Jong zijn opvatting aan de gynaecologische vaklitteratuur heeft ontleend? dit komt hem onwaarschijnlijk voor.

De heer de Josselin de Jong heeft zijn indruk o. a. ontleend aan een geval, uit Ziegler's Beiträge, van een groot fibromyoma uteri, waarvan het centrum een sarcomateuse nieuwvorming was. Een groot aantal literatuuropgaven van soortgelijke gevallen is daaraan toegevoegd.

Naar aanleiding van de ascites-quaestie merkt prof. Kouwer op, dat ook hij die slechts bij uitzondering bij myomen vindt, en dan nog in geringe hoeveelheid als verrassing bij de operatie. Hij vermoedt echter, dat Dr. de Josselin de Jong gevallen op 't oog heeft, waar de ascites overweegt; en waar dus een groote massa vocht in de buikholte wordt gevonden. Een dergelijke ascites zou wel degelijk voor maligne degeneratie kunnen pleiten.

Dr. Barnouw zegt dat hij over de zaak in quaestie slechts betrekkelijk weinig ervaring heeft. Hij heeft misschien een 300 gevallen van fibromyoma uteri gezien, en daarvan circa 30 geopereerd. Hij heeft echter de meeste zijner patiënten in 't oog gehouden. Hij weet, van degenen die gestorven zijn, waaraan zij zijn gesuccombeerd. Daaronder is er slechts éen, waar de oorzaak wellicht in kwaadaardige degeneratie van den tumor gelegen kan zijn. De meeste gevallen kent hij nog; de geopereerden zijn allen goed gebleven. Zijn indruk is dus ook, dat sarcomateuse degeneratie van myomen uiterst zeldzaam is.

Dr. van Oordt krijgt hierop het woord tot het doen zijner mededeeling omtrent een geval van febris puerperalis behandeld met intra-veneuse injectie van collargol.

Spreker kreeg dezen zomer een patiënte onder behandeling met febris puerperalis. De temperatuur was hoog, de algemeene toestand bedenkelijk. Uterus-irrigaties brachten geen verbetering; het geval scheen hopeloos. Toen werd hij de publicatie van prof. Wenckebach indachtig over intra-veneuse injectie van collargol bij septische toestanden, en besloot het middel te beproeven.

's Avonds werd 20 mgr. ingespoten. Den volgenden morgen was de toestand heel slecht; temp. 40°. Daarop de dubbele dosis collargol. 's Avonds toestand veel beter, temperatuur 38°. De patiënte genas.

Over het post of propter bleef spreker in twijfel. Hij zocht daarom gedachtenwisseling met Dr. Klinkert in Rotterdam, die het middel ook had toegepast. Bij navraag bleek, dat Dr. Klinkert het collargol wèl had besteld, maar niet gebruikt. Het fleschje

stond nog op zijn schrijftafel. En nu bleek, dat het drabbige, troebele vocht van boven wat lichter, van onderen wat donkerder was geworden. Op den bodem lagen onregelmatige zwarte sintels onopgelost metaal. Dat geeft te denken. Prof. Wenckebach bedoelt het middel tot in milligrammen te doseeren. Doch spuit men de bovenste lagen uit het fleschje in, dan is de oplossing te zwak; spuit men de onderste in, dan werkt men met embolieën-materiaal.

Dr. Trouw, (zie het Weekblad van 20 Sept.) die in tegenstelling met prof. Wenckebach, subcutane injecties geeft, spreekt van een collargol-*mixtuur*. Hij wil het middel op groote schaal in de obstetrische praktijk zien toegepast.

Er zijn tot dusverre van het middel nog geen schadelijke gevolgen bekend, maar het non nocere is allerminst bewezen.

Prof. Kouwer heeft nà de aanbeveling van prof. Wenckebach het middel intraveneus ingespoten bij een patiënte die, na abortus provocatus, met zware infectie werd binnengebracht. De patiënte was den eersten dag wat beter, den tweeden dag was zij er weer veel slechter aan toe. Zij is gestorven. Kort voor den dood ontwikkelde zich een sterk oedeem van het been, als gevolg van thrombose. In den thrombus konden geen zilverdeeltjes worden aangetoond. Toch was spreker huiverig voor directe injectie in het bloed geworden, zoodat hij bij een tweede ernstige patiënte het collargol, in grootere dosis, subcutaan heeft geinjicieerd. Ook deze patiënte succombeerde. Na dien tijd heeft hij herhaaldelijk bij infectie ung. Credé laten insmeren. De percutane methode is zeker onschadelijk: over het effect heeft hij nog geen oordeel.

Dr. Driessen heeft onlangs twee patiënten met collargol behandeld; de eerste met inuncties, de tweede met inspuitingen. Het eerste geval betrof eene patiënte die aan vloeiingen leed en koortste. Er bestond vermoeden op carcinoom, doch bij 't curettement bleek een onvolkomen abortus te bestaan. Na 't curettement bleef de temperatuur verhoogd en de algemeene toestand slecht. Inuncties met unguentum Credé bleven zonder effect. Aanvankelijk was de infectie niet te localiseeren; later ontwikkelden zich nephritis en pyelitis. Na injectie van antistreptococcen-serum van Pasteur verbeterde patiënte.

Het tweede geval betrof een 30-jarige patiënte met carcinoma uteri, bij wie, nà de totaalextstirpatie, de temperatuur klom tot 39°5. Daar het een carcinoom van de portio was, dicht bij de blaas gelegen, had spreker de ulcereerende oppervlakte niet durven cauteriseeren; van hier uit nu ontwikkelde zich een parametritis en algemeene peritonitis. Den dag nà de operatie deed hij een intra-

veneuse collargol-injectie. Hij heeft daar geen resultaat van gezien. De temperatuur steeg, de pols werd frequent. Den volgenden dag gaf hij subcutaan 40 mgr. collargol, met even weinig succes. Den derden dag nam hij zijn toevlucht tot zoutwater-injectie, waarop de toestand merkbaar verbeterde. De patiënte is op 't oogenblik nog in leven. Links bestaat nog een parametritisch infiltraat.

De heer Schoemaker heeft over de percutane aanwending van collargol een vrij groote ervaring. Hij is begonnen met zeer weinig geloof in het middel, doch zijn assistenten geloofden er in en zoo geschiedde het, dat het ung. Credé bij zijn patiënten in groote hoeveelheid is versmeerd. Langzamerhand heeft hij iets meer vertrouwen in het middel gekregen; het schijnt, dat de temperatuur er soms wat sneller door daalt, en het is zeker, dat de subjectieve toestand der patiënten er door verbetert. Het wordt op 't oogenblik ook experimenteel, op konijnen, bewerkt. Tot nog toe zonder sprekend resultaat.

De heer van de Velde heeft ook den indruk, dat collargol wel iets doet, vooral op den subjectieven toestand van de patiënt. Hij heeft twee maal intraveneuse injecties van collargol toegepast. Eenmaal in een geval van placenta pravia, waar vóór den partus temperatuursverheffing optrad. Na dilatatie volgens Bonnaire, waarbij een cervixscheur met hevige bloeding optrad, werd de partus getermineerd. Bij 't verwijderen van den tampon, na 48 uren, herhaalde zich de bloeding, die evenwel ook ditmaal door tamponnade kon worden gestild. Toen de temperatuur bleef stijgen en de patiënte den indruk maakte dat zij bezig was te succombeeren, verrichtte hij een reeks van intraveneuse collargol-injecties. Kwaad heeft hij er niet van gezien; aanvankelijk ging de temperatuur naar de laagte, doch daarna klom zij weer. De subjectieve toestand werd echter veel beter, en de eetlust klom aanmerkelijk.

Spreker heeft zich afgevraagd, op welke wijze het collargol kan werken. Als antisepticum vond hij het in zwakke dosis niet, in sterke concentratie (1 cm.^{3} collargol-oplossing op 10 cm.^{3} bouillon) slechts in geringe mate werkzaam. Toen heeft hij bij de patiënte geregeld de witte bloedlichaampjes geteld, en daarbij bleek, dat eenigen tijd nà de collargol-inspuiting sterke leukocytose optrad, die na 24 uur weer voorbij was. Dat het collargol hier op het eigenlijke ziekteproces geen invloed kon uitoefenen, was duidelijk genoeg, waar de klinische verschijnselen op de aanwezigheid van pyophlebitis en thrombose der bekkenvenen wezen. De patiënte herstelde ten slotte.

Het tweede geval betrof een salpingo-oöphoritis gonorrhoica met endocarditis. Hier werden zonder resultaat injecties met collargol

verricht. Twee dagen na de 3e injectie is de patiënt 's morgens plotseling gecollabeerd.

Dr. de Josselin de Jong heeft over de percutane aanwending van collargol een persoonlijke ervaring. Hij had zich nl. bij de sectie van een patiënt met phlegmoneuse ontsteking van den maagwand den vinger geïnfecteerd. Insmeren met zilverzalf had niet het minste effect. Er trad een sterke lymphangitis op, die van staphylococcen-infectie afhankelijk bleek te zijn en tot een etterhaard in de hand voerde. Eerst nadat de etter ontlast was trad genezing op. Een gunstigen invloed op het subjectieve welbevinden heeft hij volstrekt niet kunnen constateeren.

Dr. Ribbius heeft vier- of vijfmaal de percutane methode toegepast en er soms een gunstig effect van meenen te zien op de temperatuur.

Dr. Pompe van Meerdervoort zag hoegenaamd geen succes.

Prof. Treub heeft een puerpera met septische endocarditis behandeld met intraveneuse injecties van collargol, zonder succes. Het komt hem, vooral na de mededeeling van Dr. de Josselin de Jong, tamelijk gewaagd voor, aan het subjectieve welbevinden der patiënten zooveel gewicht te hechten.

Hierop demonstreert Dr. van de Velde een placenta, die in de 7de zwangerschapsmaand zonder uitwendige oorzaak gedeeltelijk heeft losgelaten. De patiënte klaagde over pijn op een omschreven plek van den uterus, en juist op die plek was een week, licht bombeerend gedeelte in den wand te voelen. Bij 't beschouwen van de placenta treft ons, dat de bloeduitstorting zoo circumscript is, en dat de placenta op die plaats geheel is vernield.

Vervolgens demonstreert Dr. van de Velde een paar varkensblazen van Baumm, die in 80°/$_0$ alcohol met 2°/$_0$ sublimaat gesteriliseerd, voor matig snelle dilatatie van het halskanaal goede dienst kunnen bewijzen. Zij worden op de bijbehoorende tinnen buis gebonden.

Als instrument om snel den uterus open te schroeven vertoont hij den metalen dilatator van Bossi. Dit instrument kan echter alleen met Bonnaire concurreeren, als de cervix reeds verstreken is. Het is nl. moeilijk te controleeren of men met het instrument wel boven het ostium internum blijft, en is dit niet het geval, dan loopt men gevaar, in de cervix te boren.

De heer Kouwer vraagt, naar aanleiding van de gedemonstreerde placenta, of de mogelijkheid van partus provocatus uitgesloten is.

De heer van de Velde antwoordt, dat die in dit geval zeker kan worden uitgesloten.

De heer Kouwer zegt, dat hij gefrappeerd is door de groote ervaring betreffende dilatatie van de cervix, waarover Dr. van de Velde beschikt. Hij kan zich niet goed begrijpen, dat zich zoo vaak een indicatie voor het opwekken of bespoedigen van den partus in de praktijk van Dr. van de Velde voordoet.

Dr. van de Velde antwoordt, dat die zich vooral voordoet in de gevallen van placenta praevia. Hij krijgt steeds meer neiging om daarbij den partus te bespoedigen ter wille van het leven van het kind, dat hij in de private praktijk steeds hooger leert schatten.

De heer Kouwer zegt, dat het nog een open quaestie is, of de resultaten voor het kind daar werkelijk zooveel beter door worden.

De heer Treub is juist bezig deze quaestie te laten bewerken in een dissertatie, waaruit blijken zal, dat door de behandeling van placenta praevia volgens Bonnaire de mortaliteit der kinderen ongeveer op nul wordt gereduceerd; wat niet beteekent, dat alle kinderen in leven blijven, omdat bij placenta praevia de kinderen meestal onvoldragen zijn.

Nadat de heer Treub ten slotte tot Dr. van de Velde de opmerking gericht heeft, dat hij de varkensblaas, de lang bekende, eeuwenoude voorlooper van den kolpeurhynter van Braun, ten onrechte blaas van Baumm heeft gedoopt — Baumm heeft geen andere verdienste dan dat hij haar in alcohol heeft gelegd — eindigt de discussie en wordt de vergadering gesloten.

